



INTERNATIONAL
RESCUE
COMMITTEE



La prise en charge des enfants ayant subi des violences sexuelles en situations de crise humanitaire

Guide destiné aux prestataires de services de santé et de services psychosociaux

Première édition

Photo de la page de couverture : UNICEF/Jill Connelly/République démocratique du Congo, 2010

© 2012 by International Rescue Committee

Tous droits réservés.

International Rescue Committee

Siège de l'organisation

122 East 42nd Street

New York, NY 10168

États-Unis

+1 212 551 3000

www.Rescue.org

Pour obtenir davantage d'informations sur les ressources Caring for Child Survivor, veuillez contacter l'équipe technique Women's Protection and Empowerment de l'IRC à l'adresse info@rescue.org. Pour télécharger la version électronique des directives CCS, rendez-vous à l'adresse www.gbvresponders.org.

BILL & MELINDA
GATES *foundation*

Cette publication a été financée en partie par la fondation Bill & Melinda Gates et le Bureau of Population, Refugees, and Migration (PRM) du département d'État américain. Les résultats et conclusions qui y sont présentés appartiennent aux auteurs, et ne reflètent pas nécessairement les positions ou politiques de nos bailleurs de fonds.

REMERCIEMENTS

Les directives de mise en œuvre Caring for Child Survivors (CCS) de l'IRC ont été élaborées pour remédier à l'absence de directives globales spécifiquement destinées aux professionnels de la santé et aux travailleurs sociaux qui prodiguent des soins et un traitement aux enfants ayant subi des violences sexuelles en situations de crise humanitaire. Les directives CCS s'appuient sur la recherche mondiale et l'expérience pratique sur le terrain ; elles offrent une approche novatrice et concrète indispensable pour aider les enfants survivants et les familles à guérir et surmonter les répercussions souvent dévastatrices de la violence sexuelle. Nous espérons que ces directives seront utiles aux enfants survivants dans les situations de crise humanitaire du monde entier, ainsi qu'à l'ensemble du personnel œuvrant pour leur offrir des soins et un traitement.

Au nom de l'IRC, je tiens à remercier tout particulièrement le Bureau of Population, Refugees and Migration du département d'État américain, la fondation Bill & Melinda Gates et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), sans qui ces directives n'auraient pas vu le jour. Leur soutien généreux a permis à l'IRC de mettre au point un modèle de prise en charge centré sur l'enfant, ainsi que les directives correspondantes, pour aider le personnel humanitaire sur le terrain à venir en aide aux enfants ayant subi des violences sexuelles. J'aimerais remercier l'UNICEF pour sa contribution, en tant partenaire technique, à l'initiative CCS.

J'adresse également mes plus vifs remerciements aux membres du groupe d'étude technique Caring for Child Survivors. Composé de spécialistes de la violence basée sur le genre (VBG) et de la protection de l'enfance, ce groupe a joué un rôle de premier plan en veillant à ce que les directives soient fondées sur les meilleures pratiques et les normes mondiales. Je tiens à exprimer ma profonde gratitude aux spécialistes de l'IRC suivants : Laura Boone, conseillère technique principale, Protection de l'enfance ; Eduardo Garcia Rolland, Conseiller technique, Protection de l'enfance ; Dhammika Perera, Conseiller technique principal, Santé reproductive ; Karin Wachter, Conseillère technique principale, Protection et autonomisation des femmes ; Janel Smith, spécialiste de la prise en charge clinique des enfants survivants, et Eve Puffer, conseillère technique, Recherche, Évaluation et Apprentissage. Je ne saurais oublier Mendy Marsh, spécialiste des interventions d'urgence face à la VBG à l'UNICEF, et Chen Reis, professeur agrégé de clinique et directeur du programme d'assistance humanitaire de l'université de Denver, qui nous ont fourni de précieux conseils et avis techniques.

J'adresse un remerciement tout particulier à l'équipe Protection et autonomisation des femmes de l'IRC en Thaïlande, ainsi qu'à l'équipe Community Wellbeing Initiative et à l'équipe Protection de l'enfance en Éthiopie. Les équipes sur le terrain de l'IRC ont contribué de façon extrêmement précieuse à l'élaboration de ces outils et directives en consacrant du temps et des efforts au test des outils et ressources CCS.

Je remercie enfin Abigail Erikson, qui a élaboré les directives de mise en œuvre CCS. Son engagement, son expertise et son énergie sans faille ont été déterminants ; nous lui sommes infiniment reconnaissants pour tout le travail qu'elle a accompli.

Merci,



Heidi Lehmann

DIRECTRICE DE L'ÉQUIPE TECHNIQUE PROTECTION ET AUTONOMISATION
DES FEMMES, INTERNATIONAL RESCUE COMMITTEE

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	6
Aperçu des ressources sur la prise en charge des enfants survivants	
La théorie du changement CCS	
Appliquer les directives de mise en œuvre CCS	
Glossaire des termes utilisés	
CHAPITRE 1: CONNAISSANCES FONDAMENTALES SUR LES VIOLENCES SEXUELLES INFLIGÉES AUX ENFANTS	23
Les principaux domaines de connaissance sur les violences sexuelles infligées aux enfants	
Évaluer les connaissances sur les violences sexuelles infligées aux enfants	
CHAPITRE 2: LES ATTITUDES FAVORABLES AUX ENFANTS	57
Les principaux domaines de connaissance sur les attitudes favorables aux enfants	
Évaluer et contrôler les attitudes clés	
CHAPITRE 3: COMPÉTENCES CLÉS : INTERAGIR ET COMMUNIQUER AVEC LES ENFANTS SURVIVANTS	67
Établir une relation d'aide grâce à des stratégies de communication rassurantes et réconfortantes	
Meilleures pratiques pour communiquer avec les enfants survivants	
Discuter des violences sexuelles avec les enfants survivants	
Faire face aux principales difficultés de communication	
Évaluer les principales compétences en communication	
CHAPITRE 4: PRINCIPES DIRECTEURS ET PROBLÉMATIQUES CLÉS	99
Les principes directeurs à respecter pour travailler auprès d'enfants survivants	
La prise en charge des enfants survivants : problématiques clés	
Problématique n°1 : Les exigences liées à l'obligation de signalement	
Problématique n°2 : Les protocoles de confidentialité dans les cas impliquant des enfants	
Problématique clé n°3 : Servir au mieux l'intérêt de l'enfant : Équilibrer les rôles dans le processus décisionnel	
CHAPITRE 5: LA GESTION DES CAS DE VIOLENCE SEXUELLE À L'ÉGARD DES ENFANTS	119
Introduction sur la gestion des cas	
Les étapes de la gestion des cas	
Étape 1 : La présentation et l'implication	
Étape 2 : L'admission et l'évaluation	
Étape 3 : La définition des objectifs et l'élaboration d'un plan d'action	
Étape 4 : La mise en œuvre du plan d'action	
Étape 5 : Le suivi de l'enfant et des progrès accomplis	
Étape 6 : La clôture du dossier	
Étape 7 : L'évaluation des services	

CHAPITRE 6 : LES INTERVENTIONS PSYCHOSOCIALES AUPRÈS DES ENFANTS SURVIVANTS	211
Intégrer les interventions psychosociales à la prise en charge et au traitement de l'enfant et sa famille	
Évaluer les besoins psychosociaux des enfants survivants	
Directives pour assurer les interventions psychosociales fondamentales	
CHAPITRE VII: MEILLEURES PRATIQUES DE COORDINATION DES CAS ENTRE LES PRESTATAIRES DE SERVICES	259
Meilleures pratiques en matière de coordination des cas impliquant des enfants	
NOTE FINALE POUR LE LECTEUR	267

OUTILS CCS

Remarque : Les outils de supervision du personnel associés et/ou les modèles de formulaires de gestion des cas figurent à la fin de chaque chapitre. Une liste des outils CCS, et des numéros de page correspondants, est fournie ci-après :

OUTIL D'ÉVALUATION DES CONNAISSANCES SUR LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS SURVIVANTS (CCS-KA)	50
ÉCHELLE D'ATTITUDES CCS	64
OUTIL D'ÉVALUATION DES COMPÉTENCES EN COMMUNICATION (CCS-CA)	93
FORMULAIRE D'ÉVALUATION DES BESOINS DE L'ENFANT ET ÉLABORATION D'UN PLAN D'ACTION	192
FORMULAIRE DE SUIVI DE L'ENFANT	195
FORMULAIRE DE CLÔTURE DU DOSSIER	197
ENQUÊTE DE SATISFACTION AUPRÈS DES ENFANTS BÉNÉFICIAIRES	198
OUTIL D'ÉVALUATION DES COMPÉTENCES EN GESTION DES CAS (CCS-CMA)	203
LISTE DE VÉRIFICATION POUR LA GESTION DES CAS	206
FORMULAIRE D'ÉVALUATION PSYCHOSOCIALE DE L'ENFANT ET LA FAMILLE	254

Les outils et autres documents de référence non spécifiques à un chapitre particulier sont fournis à la fin des directives.

NORMES MINIMALES APPLICABLES À LA GESTION DES CAS	268
FORMULAIRE GBVIMS D'ADMISSION ET D'ÉVALUATION INITIALE	269

INTRODUCTION

APERÇU DES RESSOURCES SUR LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS SURVIVANTS

L'International Rescue Committee (IRC), en partenariat avec le département d'État américain, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et la Fondation Bill & Melinda Gates, a alloué des ressources à l'élaboration d'un modèle de programme pour la prise en charge des enfants ayant subi des violences sexuelles en situations de crise humanitaire,¹ ainsi que de directives sur la mise en œuvre de ce modèle dans les situations de crise humanitaire. Ces ressources ont été élaborées pour aider les équipes d'intervention à :

Les **ressources sur la prise en charge des enfants survivants** ont été élaborées pour fournir aux équipes intervenant en situations de crise humanitaire les outils nécessaires pour prodiguer des soins de qualité aux enfants et aux familles confrontées à la violence sexuelle.

- » développer les connaissances, attitudes et compétences fondamentales (ou « clés ») des prestataires de services de santé et de soutien psychosocial pour travailler auprès d'enfants ayant subi des violences sexuelles. Adapter le processus de gestion des cas aux enfants ayant subi des violences sexuelles ;
- » adapter la gestion des cas aux enfants survivants ;
- » initier des interventions psychosociales ciblées ;
- » renforcer la coordination des soins entre les différents secteurs et prestataires de services ;
- » contrôler la qualité des services fournis.

¹ Le modèle de programme CCS est également qualifié de Théorie du changement. En résumé, ce terme fait référence au cadre élaboré pour aider les enfants survivants à guérir et se rétablir.

Le kit complet de ressources sur la prise en charge des enfants survivants (Caring for Child Survivors, CCS) s'appuie sur les travaux de recherche internationaux sur les violences sexuelles infligées aux enfants, ainsi que sur l'expérience pratique du terrain. Il offre une approche pratique et globale indispensable pour aider les enfants et les familles à se rétablir et à surmonter le traumatisme subi. Le kit se compose de trois éléments principaux:

- » **Une revue de la littérature** : une analyse approfondie des données disponibles et des pratiques prometteuses pour améliorer les services de gestion des cas, les soins psychosociaux et les services de santé fournis aux enfants ayant subi des violences sexuelles.²
- » **Le modèle de programme CCS** : le modèle logique, ou la « théorie du changement », qui décrit les différentes composantes de la prestation de services essentielles à la guérison et au rétablissement des enfants survivants.
- » **Les directives de mise en œuvre CCS** : ces directives (le présent document) indiquent étape par étape comment mettre en œuvre les principaux aspects du modèle de programme CCS. Elles constituent un « guide pratique » conçu pour aider les prestataires de services de santé et de soutien psychosocial à intervenir auprès des enfants ayant subi des violences sexuelles. Par ailleurs, ces directives comportent plusieurs outils permettant de suivre et d'évaluer le modèle de programme, notamment des tests d'évaluation des connaissances et compétences, et des outils de suivi et d'évaluation de la gestion des cas.

LA THÉORIE DU CHANGEMENT ET LES RÉSULTATS VISÉS

Les conseils techniques présentés dans ce document sont extraits du modèle de programme CCS, ou « théorie du changement », expliqué ci-dessous. Cette théorie repose sur le postulat selon lequel les enfants peuvent se rétablir et guérir des violences sexuelles subies lorsqu'ils reçoivent des soins et un traitement appropriés, adaptés à leur âge et prodigués avec compassion. La théorie du changement décrit les principaux éléments des soins et du traitement, ainsi que les connaissances, compétences et attitudes que les prestataires de services de santé et de soutien psychosocial doivent maîtriser pour être en mesure de dispenser de tels soins.

² La revue de la littérature sur la prise en charge des enfants survivants est intitulée : *Advancing the Field, Caring for Child Survivors of Sexual Abuse in Humanitarian Settings. A Review of Promising Practices to Improve Case Management, Psychosocial & Mental Health Interventions, and Clinical Care for Child Survivors of Sexual Abuse*. Mai 2010

LA THÉORIE DU CHANGEMENT CCS

PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DE LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS SURVIVANTS

LES ENFANTS SURVIVANTS ONT ACCÈS À DES SERVICES DE GESTION DES CAS CENTRÉS SUR LE/LA BÉNÉFICIAIRE

Les travailleurs sociaux possèdent les connaissances, les compétences, les attitudes et les outils nécessaires pour fournir des services de gestion des cas centrés sur le/la bénéficiaire.

- » Ils comprennent les concepts concernant la violence sexuelle infligée aux enfants et sont à même de les appliquer à la gestion des cas.
- » Ils ont des attitudes favorables aux enfants qui contribuent à leur guérison et leur rétablissement.
- » Ils sont aptes à communiquer avec les enfants en tenant compte de leur âge et de leur niveau de développement.
- » Ils sont à même d'adapter les services de gestion des cas aux cas de violence sexuelle impliquant des enfants.
- » Ils comprennent les principes directeurs CCS et sont en mesure de les appliquer dans le cadre de la gestion des cas.
- » Ils sont capables d'utiliser des outils adaptés aux enfants pour fournir des services de gestion des cas plus efficaces.
- » Ils sont capables d'impliquer de façon appropriée les personnes qui s'occupent de l'enfant dans la prise en charge et le traitement de ce dernier/cette dernière.
- » Ils sont à même de suivre les activités menées à l'aide d'outils éprouvés.

LES ENFANTS SURVIVANTS ONT ACCÈS À DES SERVICES DE SANTÉ SPECIALISÉS ADAPTÉS AUX ENFANTS

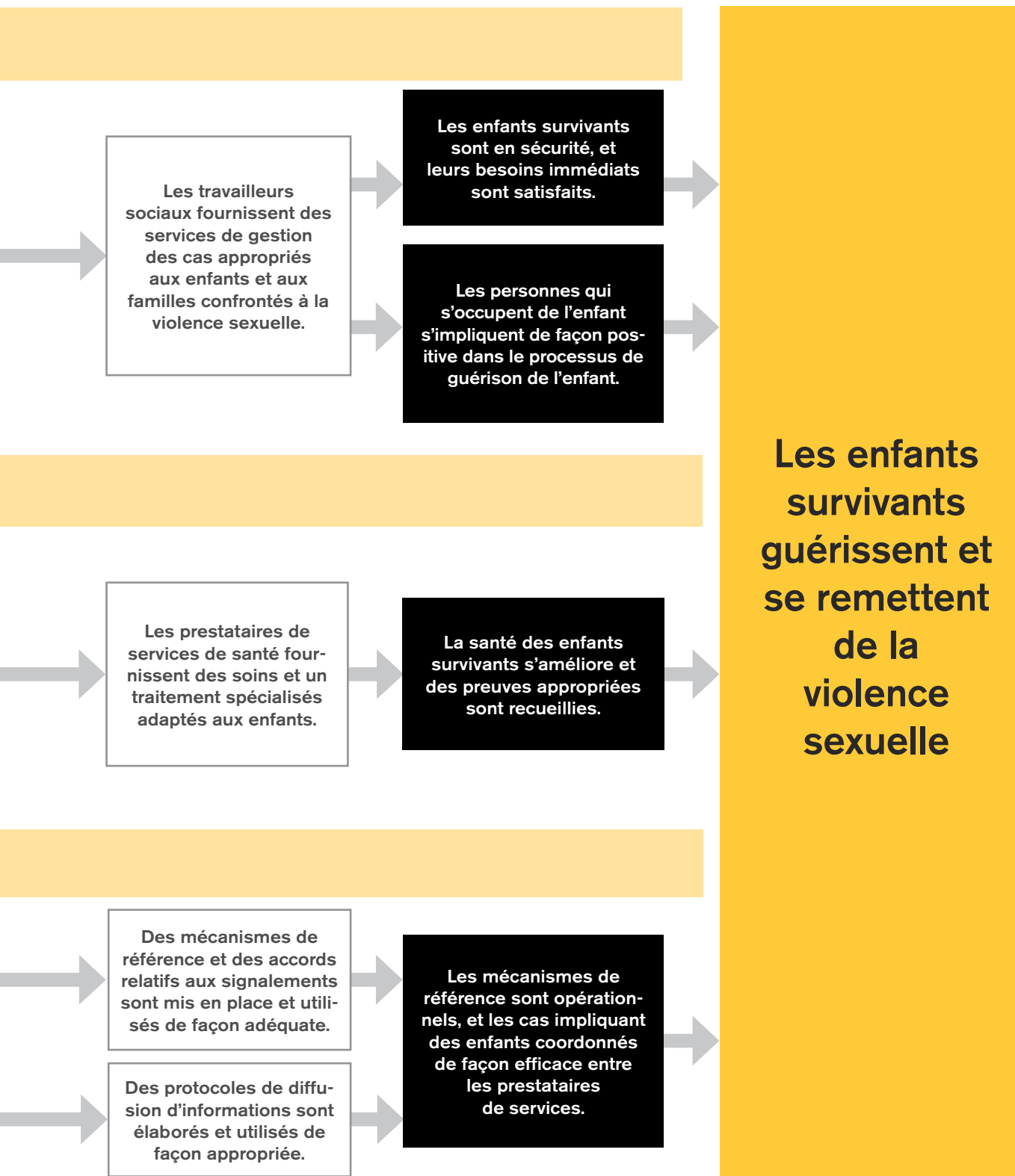
Les prestataires de services de santé possèdent les connaissances, les compétences, les attitudes et les outils nécessaires pour prodiguer des soins médico-légaux spécialisés aux enfants survivants.

- » Ils comprennent les concepts liés à la croissance et au développement des enfants ainsi qu'à la violence sexuelle infligée aux enfants.
- » Ils sont en mesure de communiquer efficacement avec les enfants survivants.
- » Ils comprennent les principes directeurs CCS et sont en mesure de les appliquer dans le cadre de la gestion des cas.
- » Ils sont à même d'adapter l'examen médical et le traitement pour les enfants survivants.
- » Ils sont capables de veiller à ce que des mécanismes de référence et des systèmes de suivi sûrs et appropriés soient mis en place.
- » Ils sont à même de suivre les activités menées à l'aide d'outils éprouvés.

LES PRESTATAIRES DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES PSYCHOSOCIAUX COORDONNENT LA PRISE EN CHARGE CONFORMÉMENT AUX BONNES PRATIQUES

Les prestataires de services possèdent les connaissances, les compétences, les attitudes et les outils nécessaires pour utiliser les mécanismes de référence, les accords relatifs aux signalements et les protocoles de diffusion d'informations.

- » Ils comprennent les composants essentiels de la coordination des cas.
- » Ils sont à même de se conformer aux meilleures pratiques pour coordonner les cas de violence sexuelle impliquant des enfants.
- » Des accords de prestation de service régissant les protocoles de référence et de diffusion d'informations ont été conclus.
- » Des accords et des directives régissant les interactions avec le système judiciaire et les autorités chargés d'enregistrer les signalements ont été élaborés.
- » Ils sont à même de suivre les activités menées à l'aide d'outils éprouvés.



REMARQUE TERMINOLOGIQUE

Le terme **prestataire de services** désigne à la fois les professionnels de la santé et les spécialistes du soutien psychosocial. Le terme **travailleur social** est quant à lui employé pour désigner un individu chargé de fournir aux enfants survivants des services de gestion des cas (pouvant ou non inclure un soutien psychologique direct).

Le terme **personne qui s'occupe de l'enfant** désigne la ou les personne(s) responsable(s) de l'enfant au quotidien. Il peut s'agir des parents biologiques et/ou d'autres tuteurs chargés de prendre soin de l'enfant et de veiller à son bien-être.



Photo : Photographe inconnu(e)/IRC

APPLIQUER LES DIRECTIVES DE MISE EN ŒUVRE CCS

À QUI CES DIRECTIVES PEUVENT-ELLES ÊTRE UTILES ?

Les directives de mise en œuvre CCS (désignées ci-après « les directives ») sont principalement destinées au personnel assurant un soutien psychosocial, des services de gestion des cas et/ou des services de santé aux personnes ayant survécu à des violences basées sur le genre (VBG) et aux enfants dans les situations d'aide humanitaire. Le personnel des Nations Unies et des ONG dédié à la VBG ou à la protection peut également tirer profit de ces directives, ainsi que d'autres éléments du kit de ressources CCS.

QUELS SONT LES BUTS ET OBJECTIFS DES DIRECTIVES DE MISE EN ŒUVRE CCS ?

Ces directives ont été élaborées dans le but de fournir aux équipes un outil convivial regroupant les meilleures pratiques pour la prise en charge des enfants survivants en situations de crise humanitaire. Elles visent à améliorer les soins dispensés aux enfants (ainsi qu'aux membres de leur famille non incriminés), pour les aider à guérir et se remettre des agressions subies. Les directives et les outils complémentaires permettront au personnel sur le terrain d'acquérir les connaissances, les compétences et les attitudes requises pour dispenser des soins de qualité aux enfants et aux familles confrontés à la violence sexuelle.

PRÉSENTATION DES CHAPITRES

Étape par étape, les directives décrivent le processus à suivre pour renforcer les capacités des prestataires de services de santé et de soutien psychosocial en soulignant les connaissances, attitudes et compétences fondamentales nécessaires pour prodiguer des soins aux enfants survivants. Les chapitres 1 à 3 présentent les compétences clés que doivent posséder les prestataires de services de santé ainsi que les prestataires de services psychosociaux. Les chapitres 4 à 6 sont destinés aux équipes des programmes dédiés à la VBG et/ou à la protection de l'enfance, qui fournissent des services de gestion des cas aux personnes ayant survécu à des VBG, y compris les enfants. Enfin, le chapitre 7 fournit des conseils succincts pour coordonner les soins entre les prestataires de différents secteurs (la santé, la protection de l'enfance, la VBG etc.).

- » **Chapitre 1** : Ce chapitre décrit les **principaux domaines de connaissance sur les violences sexuelles infligées aux enfants** que les prestataires de services doivent impérativement maîtriser pour travailler auprès d'enfants et de familles. Il aborde divers domaines de connaissance fondamentaux, et présente un outil de supervision qui peut être employé pour évaluer les connaissances de chaque employé(e).
- » **Chapitre 2** : Ce chapitre décrit les **principales attitudes favorables à l'enfant** que les prestataires de services doivent impérativement adopter pour travailler auprès d'enfants et de familles, y compris les croyances concernant les violences sexuelles infligées aux enfants, et présente un outil de supervision permettant d'évaluer ces attitudes.
- » **Chapitre 3** : Ce chapitre décrit les **principes fondamentaux de la communication** avec les enfants survivants, et explique notamment comment procéder pour discuter avec eux des agressions sexuelles. Il aborde également les techniques verbales et non verbales qui peuvent être utilisées pour aider les enfants à se sentir en sécurité et à l'aise pour s'exprimer.
- » **Chapitre 4** : Ce chapitre présente au lecteur les **principes directeurs applicables aux interventions auprès d'enfants survivants**, ainsi que les principales difficultés rencontrées au cours de la prise en charge et du traitement. Il explique spécifiquement comment gérer l'obligation de signalement dans les cas de violence sexuelle à l'égard des enfants, les protocoles de confidentialité et les rôles des enfants et des personnes qui s'occupent des enfants dans le processus décisionnel. Le principe consistant à protéger l'intérêt de l'enfant est mis en avant tout au long de ce chapitre.
- » **Chapitre 5** : Ce chapitre présente au lecteur **les différentes étapes du processus de gestion des cas**, et explique comment adapter les techniques à l'âge des enfants. Il contient par ailleurs des formulaires-types de gestion des cas, à utiliser pour la prise en charge des enfants ayant subi des violences sexuelles, et présente des outils de supervision permettant d'évaluer les compétences du personnel et les pratiques mises en œuvre.

- » **Chapitre 6** : Ce chapitre présente des outils et moyens d'intervention complémentaires pour aider le personnel à assurer un **soutien psychosocial direct aux enfants survivants et aux membres de leur famille** dans le cadre du processus de gestion des cas. Il aidera les spécialistes du soutien psychosocial à mettre en œuvre des interventions ciblées, centrées sur l'enfant bénéficiaire, dans leur domaine de compétence global (par ex. la gestion des cas ou les services psychosociaux).
- » **Chapitre 7** : Ce chapitre offre un **aperçu succinct des meilleures pratiques** pour coordonner les cas impliquant des enfants entre plusieurs prestataires de services.

PRINCIPAUX PARAMÈTRES ET HYPOTHÈSES

Ces directives s'appliquent spécifiquement aux cas de violences sexuelles infligées aux enfants, et non pas à l'ensemble des interventions liées à la VBG ou à la protection de l'enfance. Les organismes œuvrant sur le terrain qui souhaitent appliquer ces directives doivent impérativement avoir mis en place des services d'intervention, ou du moins posséder les capacités nécessaires pour le faire et/ou travailler avec des partenaires locaux fournissant de tels services aux personnes ayant survécu à des VBG ou aux enfants confrontés à des problèmes de protection plus généraux. Les organismes et les équipes doivent d'ores et déjà avoir été formés, et être à même de démontrer leurs compétences dans les domaines suivants :

- » La prise en charge des personnes ayant survécu à des violences basées sur le genre³ et/ou la prestation de services de santé et de soutien aux enfants confrontés à des problèmes de protection plus généraux, et
- » La gestion des cas et le soutien psychosocial de base.

Les professionnels de la santé doivent par ailleurs avoir reçu une formation axée sur la prise en charge clinique des personnes ayant subi des violences sexuelles.⁴

LES ÉLÉMENTS SUIVANTS DOIVENT ÊTRE SOULIGNÉS

- » Ces directives ont été élaborées dans le seul but de fournir des soins et des services d'intervention aux enfants ayant subi des violences sexuelles, ainsi qu'à leur famille. Si certains aspects des directives peuvent être appliqués à d'autres formes de violences basées

³ Ces directives viennent compléter le dossier de formation Caring for Survivors of Sexual Violence in Emergencies élaboré par le sous-groupe de travail Gender in Humanitarian Action du Comité permanent interorganisations (IASC), en partenariat avec le domaine de responsabilité (AoR) VBG et/ou d'autres supports de formation de qualité sur les interventions face à la VBG. Par ailleurs, ces directives doivent être utilisées en association avec d'autres directives standard relatives aux interventions face à la VBG en situation de crise humanitaire, par exemple les directives Preventing and Responding to Gender-Based Violence in Humanitarian Contexts de l'IASC.

⁴ L'International Rescue Committee (IRC) et le Center for International Medicine de l'université de Californie, Los Angeles (UCLA) . (2008). Clinical care for sexual assault survivors: A multimedia training tool, Facilitator's guide. <http://clinicalcare.rhrc.org/docs/facguide.pdf>.

sur le genre infligées aux enfants (par exemple d'autres formes de violence et d'exploitation des enfants), ou au soutien plus global de la gestion des cas, elles restent néanmoins spécifiquement centrées sur la violence sexuelle à l'égard des enfants.

- » Ces directives expliquent, étape par étape, comment fournir des services de gestion des cas et un soutien psychosocial aux enfants survivants et aux familles. Elles ne couvrent pas les interventions communautaires (par exemple l'intégration des bénéficiaires dans des espaces d'accueil pour enfants, ou les interventions visant à lutter contre la stigmatisation sociale et la discrimination) ; quelques suggestions y sont néanmoins formulées pour aider les équipes à orienter les enfants de façon adéquate vers les organismes susceptibles de soutenir ces types d'intervention communautaire, ou d'assurer de tels services.
- » Ces directives s'appliquent aux enfants âgés de moins de 18 ans. Les techniques de communication et de prise en charge décrites dans ce document devront cependant être adaptées à l'âge et au niveau de développement de chaque enfant. Ces deux paramètres sont pris en compte tout au long de ces directives.
- » Les directives doivent être mises en œuvre dans les contextes où des systèmes d'intervention bien établis sont d'ores et déjà en place, et où les organismes identifiés répondent aux exigences minimales en matière de gestion des cas.⁵ Lorsqu'il est fait référence aux services de gestion des cas et/ou aux travailleurs sociaux, il est supposé que ces personnes travaillent au sein d'organismes qui satisfont aux normes décrites dans le présent document.
- » Le traitement des agresseurs et la prévention de la violence sexuelle ne sont pas couverts dans ces directives, bien qu'il ait été démontré que les interventions systémiques et les programmes de sensibilisation et de prévention permettent de renforcer la sécurité au sein des communautés.
- » Ces directives ne sont pas un manuel de formation. Les coordinateurs et les responsables de programme devront donc adapter leur contenu aux supports de formation élaborés pour des cultures et des contextes spécifiques.

LÉGENDE DES SYMBOLES UTILISÉS

Veuillez lire l'intégralité de ce document avant de déterminer comment appliquer au mieux les outils et directives dans le cadre de votre programme. Les symboles suivants sont utilisés tout au long du manuel pour vous aider à mieux vous repérer.



TEXTE TYPE



OUTIL



CONSEIL PRATIQUE

⁵ Les normes minimales auxquelles doivent se conformer les organismes fournissant des services de gestion des cas sont présentées à l'annexe x.

GLOSSAIRE DES TERMES UTILISÉS

Les termes fréquemment utilisés dans ce document sont définis ci-après. Ces termes et définitions n'ont aucune valeur juridique, et ne sont pas fournis à cette fin.⁶

REMARQUE

L'IRC utilise le terme « enfant » pour désigner les individus âgés de 0 à 18 ans. Les définitions fournies ici correspondent à celles des conventions internationales, résumées dans la définition du terme « enfant » ci-après. Le terme « adolescent » ne se substitue pas au terme « enfant » ; il s'agit simplement d'un terme supplémentaire pour décrire les âges, les niveaux de développement et les étapes de la vie des individus âgés de 10 à 19 ans. L'auteur de ce document comprend que les termes « enfant » et « adolescent » revêtent un sens différent selon le contexte.

ADOLESCENCE : période de la vie comprise entre 10 et 19 ans. Il s'agit d'un processus continu de développement des sphères physique, cognitive, comportementale et psychosociale d'un individu.

ADOLESCENT : personne âgée de 10 à 19 ans.

ADULTE : personne âgée de 18 ans et plus.

ÉVALUATION : première étape de la gestion des cas ou des services psychosociaux, qui consiste à recueillir et analyser des informations afin de prendre une décision appropriée concernant une intervention. L'évaluation permet d'éviter de formuler des hypothèses, jette les bases nécessaires à l'élaboration d'un plan d'action approprié, et facilite l'identification des points forts du/de la bénéficiaire.

ATTITUDE : opinion, sentiment ou position à l'égard d'individus, d'événements et/ou de choses découlant de convictions personnelles. Les attitudes influencent le comportement.

CROYANCE : idée acceptée comme une certitude, qui peut ou non reposer sur des faits. Une croyance peut avoir pour origine ou influence la religion, l'éducation, la culture ou l'expérience personnelle.

PERSONNE QUI S'OCCUPE DE L'ENFANT : personne qui a la charge quotidienne de l'enfant. Il peut s'agir d'un parent, d'un proche, d'un ami de la famille ou d'un autre tuteur ; ce titre ne suppose pas nécessairement une responsabilité juridique. Ce terme peut désigner les parents d'accueil, y compris les personnes qui « adoptent » un(e) enfant spontanément, ou officiellement.

PLAN D'ACTION PERSONNALISÉ : document sur le cas qui décrit les principaux besoins du/de la bénéficiaire, ainsi que les

⁶ Pour une plus grande cohérence, certaines définitions ont été directement extraites des directives de l'IASC sur les interventions face à la VBG en situations de crise humanitaire. Les autres définitions sont référencées de façon adéquate.

objectifs et stratégies définis pour répondre à ses besoins et améliorer sa situation actuelle.

CONFÉRENCE/RÉUNION D'ÉTUDE DE CAS : réunion en petit comité à laquelle participent les prestataires de services concernés (par ex. les prestataires déjà impliqués dans la prise en charge de l'enfant). Ces conférences/réunions sont programmées lorsque les besoins de l'enfant ne sont pas satisfaits de façon adéquate ou dans les délais prévus. Elles ont pour objet de réunir les prestataires de service concernés (ainsi que les personnes qui soutiennent l'enfant, le cas échéant) afin de détecter ou clarifier les problèmes rencontrés concernant le statut de l'enfant bénéficiaire. Les conférences d'étude de cas sont l'occasion d'évaluer les activités initiées, y compris les progrès accomplis vers la réalisation des objectifs et les obstacles rencontrés ; de définir de façon schématique les rôles et responsabilités ; de résoudre les conflits ou de mettre au point des solutions ; et d'ajuster les plans de services en cours.

DOCUMENTATION DU CAS : informations liées à la prestation de services de gestion des cas. En règle générale, ces informations comprennent les dates des services ; le nom du prestataire de services spécifique ; une description succincte de la situation et les réponses du/de la bénéficiaire sur la question ; les plans d'action correspondants et les informations relatives aux rendez-vous de suivi. La documentation du cas inclut également la date de clôture du cas, ainsi que les motifs.⁷

⁷ En situations de crise humanitaire, la meilleure pratique consiste à recueillir et archiver des données dans des dossiers comportant exclusivement des

GESTION DES CAS : dans le domaine du travail social, la gestion des cas est un processus systématique, au cours duquel un travailleur social formé et supervisé évalue les besoins du/de la bénéficiaire et, s'il y a lieu, la famille du/de la bénéficiaire, puis organise, et parfois assure, coordonne, supervise, évalue et soutient, un ensemble de services divers pour répondre aux besoins complexes et spécifiques du/de la bénéficiaire.⁸

SUPERVISION DES CAS : processus au cours duquel un travailleur social discute de son expérience, des décisions prises et des difficultés rencontrées au cours de la gestion des cas avec un autre professionnel (généralement un superviseur direct), qui lui fournit des conseils, lui transmet ses connaissances et lui apporte son soutien. Le processus de supervision aide les travailleurs sociaux à développer leur savoir-faire en matière de gestion des cas, et leur permet de ne pas porter seuls le poids des difficultés ou expériences douloureuses vécues par les bénéficiaires, ou des interventions menées). Il favorise également une prise de conscience générale sur les soins assurés.

TRAVAILLEUR SOCIAL : personne employée par un organisme prestataire de services, qui a pour responsabilité de fournir des services de gestion des cas aux bénéficiaires. Les travailleurs sociaux reçoivent une formation appropriée sur la gestion des cas centrée

données non identifiantes. Pour en savoir plus sur la procédure à appliquer pour recueillir, archiver et utiliser des informations de façon éthique et sécurisée, veuillez consulter le site www.gvbims.org.

⁸ NASW, Standards for Social Work Case Management. http://www.socialworkers.org/practice/standards/sw_case_mgmt.asp#intro.

sur le bénéficiaire ; ils sont supervisés par un responsable de programme, et respectent un ensemble spécifique de systèmes et de principes directeurs visant à favoriser la santé, l'espoir et la guérison des bénéficiaires. Les travailleurs sociaux sont également appelés assistants sociaux, spécialistes de la protection de l'enfance ou spécialistes de la VBG, entre autres appellations.

ENFANT : personne âgée de moins de 18 ans.⁹ Les capacités des enfants évoluent en fonction de leur âge et de leur niveau de développement. Lorsque l'on travaille auprès d'enfants, il est fondamental de bien comprendre ces niveaux de développement, car ils déterminent la méthode de communication à adopter avec chaque enfant. Ils permettent également au travailleur social d'évaluer le degré de compréhension d'un(e) enfant et sa capacité à prendre des décisions sur sa prise en charge, et donc de choisir en connaissance de cause la méthode d'intervention la plus adaptée à cet enfant.

Les définitions suivantes, fondées sur l'âge et le niveau de développement, permettent de spécifier davantage le terme « enfant », afin d'orienter les interventions et le traitement :

- » Enfant = de 0 à 18 ans, d'après la Convention relative aux droits de l'enfant
- » Jeunes enfants = de 0 à 9 ans
- » Pré-adolescents = de 10 à 14 ans
- » Adolescents = de 15 à 19 ans

⁹ D'après la Convention relative aux droits de l'enfant des Nations Unies.

DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT ET DU JEUNE

: changements psychologiques, sociaux, émotionnels, cognitifs et physiques observés chez l'être humain de la naissance à l'âge adulte. Ces changements, par exemple l'apprentissage de la motricité, de la marche ou du langage, le développement de l'empathie ou l'apprentissage de la pensée abstraite, pour n'en citer que quelques uns, sont influencés par des facteurs génétiques et environnementaux. De nombreux experts ont identifié différents « stades » de l'enfance et la jeunesse qui se réfèrent aux périodes ou tranches d'âge au cours desquelles des changements spécifiques doivent se produire. Les âges associés aux différents changements varient d'un individu à l'autre ; par conséquent, il est préférable d'appréhender les niveaux de développement dans le cadre d'un processus continu, plutôt que d'un calendrier précis. De la même façon, les changements observés chez les enfants et les jeunes ont tendance à être des processus de développement plus que des événements fixes.¹⁰

ENFANT SURVIVANT : individu de moins de 18 ans ayant subi une forme de violence basée sur le genre.

ENFANT AYANT SUBI DES VIOLENCES SEXUELLES : individu de moins de 18 ayant subi un acte de violence sexuelle.

¹⁰ Cadre de la division Child and Youth Protection and Development de l'International Rescue Committee. A guide to sound project design and consistent messaging. Janvier 2012.

VIOLENCES SEXUELLES INFLIGÉES AUX ENFANTS

: il n'existe pas de définition standard des violences sexuelles infligées aux enfants. L'Organisation mondiale de la Santé définit ces violences comme « le fait d'impliquer un(e) enfant dans une activité sexuelle que celui-ci/celle-ci ne comprend pas totalement, à laquelle il/elle n'est pas en mesure de donner un consentement éclairé, à laquelle il/elle n'est pas préparé(e) et ne peut donner son consentement parce qu'il/elle n'a pas atteint un niveau de maturité suffisant, ou qui enfreint les lois ou les tabous sociaux. Les violences sexuelles infligées aux enfants sont caractérisées par une activité entre un(e) enfant et un adulte ou un(e) autre enfant qui, de par son âge ou son niveau de développement, est dans une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir, l'activité ayant pour but d'assouvir ou de satisfaire les besoins de l'autre personne. La liste peut inclure, sans toutefois s'y limiter :

- » inciter ou contraindre un(e) enfant à se livrer à une activité sexuelle illégale ;
- » exploiter un(e) enfant à des fins de prostitution ou d'autres pratiques sexuelles illégales ;
- » exploiter un(e) enfant aux fins de la production de spectacles ou de matériel de caractère pornographique. »¹¹

¹¹ Organisation mondiale de la Santé, Social Change and Mental Health, Violence and Injury Prevention, Rapport de la Consultation sur la prévention de la maltraitance de l'enfant, pp. 13-17, Genève, 29-31 mars 1999.

Nous employons la définition suivante pour tâcher de définir plus succinctement les violences sexuelles infligées aux enfants à des fins d'enseignement et de formation :

« Les violences sexuelles infligées aux enfants sont définies comme une forme d'activité sexuelle avec un(e) enfant imposée par un adulte ou un(e) autre enfant occupant une position de pouvoir sur l'enfant. Selon cette définition, un(e) enfant peut être agressé(e) sexuellement par un(e) autre enfant. Les violences sexuelles infligées aux enfants impliquent souvent un contact physique, notamment des baisers, des attouchements, des rapports bucco-génitaux, ou une pénétration anale ou vaginale. Cependant, certains sévices sexuels n'impliquent pas de contact physique. Contraindre un(e) enfant à assister à un viol et/ou à d'autres actes de violence sexuelle, contraindre un(e) enfant à regarder des supports à caractère pornographique ou à montrer ses parties intimes, montrer ses parties intimes à un(e) enfant (« flashing »), harceler un(e) enfant verbalement en vue d'obtenir une relation sexuelle, ou exploiter un(e) enfant à des fins de prostitution ou de pornographie relève également de la violence sexuelle. »¹²

CONFIDENTIALITÉ : principe d'éthique auquel doivent adhérer les professions médicales et sociales. Pour garantir le respect de la confidentialité, les prestataires de services

¹² Cette définition a été élaborée à partir de plusieurs définitions des violences sexuelles infligées aux enfants.

doivent protéger les informations recueillies sur les bénéficiaires, et accepter de ne divulguer des informations sur le dossier d'un/d'une bénéficiaire qu'avec sa permission explicite. Toutes les informations écrites doivent être conservées dans un lieu confidentiel, dans des dossiers verrouillés, et seules les informations ne permettant pas d'identifier le/la bénéficiaire peuvent figurer sur les dossiers. Par ailleurs, en application des règles de confidentialité, les prestataires de services ne discutent jamais des détails des cas avec leur famille ou leurs amis, ni avec les collègues qui n'ont pas à être informés des sévices sexuels. Il existe des limites à la confidentialité dans les cas impliquant des enfants.

COMPÉTENCE : aptitude à bien s'acquitter d'une tâche, par rapport à une norme définie.

COMPÉTENCE CLÉ : capacité à utiliser un ensemble spécifique d'aptitudes qui permettront de répondre aux mieux aux besoins du/de la bénéficiaire. Dans les présentes directives, les compétences clés renvoient à un unique ensemble d'aptitudes requises pour travailler auprès d'enfants bénéficiaires.

RÉVÉLATION : processus au cours duquel des informations sont dévoilées. Dans le contexte de la violence sexuelle, la révélation désigne spécifiquement la façon dont une personne non incriminée (par exemple une personne qui s'occupe de l'enfant, un enseignant ou un aidant) apprend que l'enfant a subi des violences sexuelles. Les enfants révèlent les violences sexuelles différemment

; il s'agit souvent d'un processus, plutôt que d'un événement isolé ou spécifique. La révélation peut être directe ou indirecte, et volontaire ou involontaire.

- » **Directe** : l'enfant bénéficiaire, ses amis ou les membres de sa famille fournissent directement des informations sur les violences à un prestataire de services [car l'enfant les a informés directement.]
- » **Indirecte** : un témoin des violences sexuelles informe une tierce personne, ou l'enfant contracte une maladie sexuellement transmissible ou tombe enceinte, ce qui révèle les violences sexuelles.
- » **Volontaire** : l'enfant révèle les violences sexuelles de son plein gré, ou demande à une autre personne de le faire.
- » **Involontaire** : une personne révèle les violences sexuelles contre la volonté de l'enfant, ou l'enfant est contraint(e) à révéler les violences sexuelles.

EMPATHIE : fait d'essayer de se mettre à la place de l'enfant bénéficiaire, et de lui manifester sa compréhension. L'empathie peut être exprimée par la communication verbale ou non verbale.

CONNAISSANCES : le prestataire de services doit être certain que ses informations sont cohérentes et exactes.

VIOLENCE BASÉE SUR LE GENRE : terme générique désignant un acte préjudiciable commis contre la volonté d'une personne ; il est fondé sur les différences (sexospécifiques) entre les hommes et les femmes établies par la société. La violence

basée sur le genre englobe un large éventail de violations des droits humains, notamment les violences sexuelles infligées aux enfants, le viol, la violence domestique, l'agression et le harcèlement sexuels, la traite des femmes et des filles et plusieurs pratiques traditionnelles préjudiciables, par exemple le mariage précoce forcé.¹³

TRAVAILLEUR HUMANITAIRE : employé ou bénévole d'une organisation humanitaire, recruté à l'échelle internationale ou nationale, ou recruté de façon officielle ou informelle au sein de la communauté bénéficiaire, pour réaliser la mission de ladite organisation.

INCESTE/ABUS SEXUEL

INTRAFAMILIAL : sévices sexuels infligés au sein du noyau familial. Dans cette forme de violence, un membre de la famille de l'enfant implique ce dernier/cette dernière dans un comportement ou une activité sexuelle, ou l'y expose. Le « membre de la famille » peut ne pas être lié à l'enfant par les liens du sang, mais être considéré comme « faisant partie de la famille », par exemple un parrain ou une marraine, ou un(e) ami(e) très proche.

ASSENTIMENT ÉCLAIRÉ : volonté exprimée de participer à des services. Chez les jeunes enfants, par définition trop jeunes pour donner leur consentement éclairé, mais

suffisamment âgés pour comprendre les services et accepter d'en bénéficier, l'« assentiment éclairé » de l'enfant est obtenu.

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ : accord volontaire d'un individu légalement apte à donner son consentement. Pour donner son « consentement éclairé », l'individu doit avoir la capacité et la maturité nécessaires pour connaître et comprendre les services offerts, et être légalement apte à donner son consentement. Il incombe généralement aux parents de consentir au nom de l'enfant à la prestation de services jusqu'à ce qu'il/elle atteigne l'âge de 18 ans. Dans certains contextes, les adolescents sont aussi légalement aptes à donner leur consentement en lieu et place ou en sus du consentement de leurs parents. Pour que le consentement soit « éclairé », le prestataire de services :

- » Présente au/à la bénéficiaire toutes les informations et options disponibles afin qu'il/elle puisse faire un choix.
- » Informe le/la bénéficiaire qu'il/elle pourra être amené(e) à communiquer des informations à d'autres personnes en mesure de lui fournir des services supplémentaires.
- » Explique au/à la bénéficiaire ce qui va se dérouler.
- » Explique au/à la bénéficiaire les avantages et les risques associés au service.
- » Explique au/à la bénéficiaire qu'il/elle a le droit de refuser tout aspect des services.
- » Explique les limites de la confidentialité.

OBLIGATION DE SIGNALEMENT :

ce terme renvoie aux lois et politiques nationales qui imposent à certains organismes et/

¹³ Comité permanent interorganisations (IASC) (2005). Directives en vue d'interventions contre la violence basée sur le sexe dans les situations de crise humanitaire : Centrage sur la prévention et la réponse à la violence sexuelle dans les situations d'urgence. Consultées à l'adresse : http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/subsidi/tf_gender/gbv.asp.

ou certains professionnels de l'intervention sociale (enseignants, travailleurs sociaux, professionnels de la santé, etc.) à signaler les cas de violence avérés ou suspectés à l'égard des enfants (par ex. les violences physiques, sexuelles, émotionnelles et psychologiques, la négligence ou les rapports sexuels illégaux).

PARENT : père ou mère biologique de l'enfant. Il convient de noter que dans certaines sociétés, il est fréquent que les garçons et les filles passent du temps avec d'autres membres de leur famille élargie, et parfois dans des familles avec lesquelles ils n'ont pas de lien de parenté. Dans la présente publication, le terme « parent » renvoie généralement au parent biologique. Dans certains cas, il peut désigner la ou les personne(s) qui s'occupe(nt) de l'enfant de façon permanente, par exemple les parents d'accueil ou adoptifs, ou les membres de la famille élargie qui s'occupent de l'enfant à long terme.

AGRESSEUR : personne qui inflige directement des violences ou autres abus à autrui, contre sa volonté, ou qui favorise de tels actes de violence.

ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE (ESPT) : trouble neuropsychiatrique qui peut apparaître à la suite d'un événement traumatique. Les symptômes de l'ESPT, qui comprennent notamment les changements de la fonction émotionnelle, comportementale ou physiologique, se répartissent en trois catégories :

- » La reviviscence et la reconstitution
- » L'évitement

- » L'hyperactivité physiologique qui affecte la capacité d'un individu à fonctionner.¹⁴

PROTOCOLE : accord interagences qui délimite les rôles et responsabilités communs en définissant les critères et procédures applicables au travail collaboratif dans des domaines spécifiques (par ex., les cas de violences sexuelles infligées aux enfants).

FACTEURS DE PROTECTION : facteurs externes favorables à l'enfant, qui réduisent le risque et favorisent le développement d'une résilience ou de stratégies d'adaptation acquises. Ces facteurs comprennent les mécanismes familiaux et communautaires, les conditions telles que le statut socio-économique, et la proximité de services et d'autres individus.

RÉSILIENCE : capacité des individus, familles et communautés à préserver ou retrouver leur bien-être en dépit d'une épreuve. La résilience résulte de caractéristiques individuelles et de mécanismes d'adaptation (innés et acquis), ainsi que de facteurs de protection présents dans l'environnement d'un(e) enfant ou d'un(e) jeune.¹⁵

RESPONSABILITÉ : nécessité pour le prestataire de services d'organiser son travail de façon à respecter les valeurs, les ressources personnelles et les capacités d'auto-détermination de l'enfant bénéficiaire.

¹⁴ American Psychological Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4e éd.). Washington, D.C.: Auteur.

¹⁵ IRC, Child and Youth Protection and Development

PRESTATAIRE DE SERVICES : professionnel de la santé ou du soutien psychosocial chargé de fournir des services directs aux enfants et/ou aux personnes ayant survécu à des violences basées sur le genre. Ces professionnels englobent les travailleurs sociaux, les professionnels de la santé, les spécialistes de la protection de l'enfance, etc. Remarque : ce terme ne désigne pas les officiers de police et/ou les forces de l'ordre, même si nombre des conseils fournis dans les sections sur les connaissances, les attitudes et la communication peuvent également être appliqués par la police et les forces de l'ordre.

EXPLOITATION SEXUELLE : fait d'abuser ou de tenter d'abuser d'un état de vulnérabilité, d'un rapport de force inégal ou de rapports de confiance à des fins sexuelles, y compris, mais non exclusivement, en vue d'en tirer un avantage pécuniaire, social ou politique (voir également le terme « violences sexuelles »).¹⁶

¹⁶ Définition extraite de la Circulaire du Secrétaire général, Dispositions spéciales visant à prévenir l'exploitation et les abus sexuels. Octobre 2003.

SURVIVANT(E) / VICTIME : personne qui a subi des violences basées sur le genre. Les termes « victime » et survivant(e) peuvent être utilisés indifféremment ; cependant, « victime » est préféré dans les domaines juridique et médical, « survivant(e) » dans les domaines du soutien psychologique et de l'aide sociale. Tout au long de ces directives, nous emploierons le terme « enfant survivant ».

TRAUMATISME : expérience généralement associée à une atteinte ou une menace grave pour la vie ou le bien-être d'un individu, et/ou de son enfant, sa/son conjoint(e), un de ses proches ou amis intimes. Le traumatisme psychologique surgit lorsque les besoins psychologiques fondamentaux d'un individu (à savoir la sécurité, la confiance, l'indépendance, le pouvoir, l'intimité et l'estime) sont perturbés. « Les événements traumatiques neutralisent les mécanismes ordinaires de protection qui donnent aux individus une impression de maîtrise, de contact et de sens. »¹⁷

¹⁷ Herman, J. Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence from Domestic Abuse to Political Terror, Basic Books, New York, 1992, p. 7.



CHAPITRE 1

CONNAISSANCES FONDAMENTALES SUR LES VIOLENCES SEXUELLES INFLIGÉES AUX ENFANTS

Ce chapitre s'adresse aux professionnels de la santé et aux prestataires de services psychosociaux.

CONTENU DE CE CHAPITRE

- » Principaux domaines de connaissance sur les violences sexuelles infligées aux enfants

OUTILS DE CE CHAPITRE

- » Outil de supervision : Évaluation des connaissances sur la prise en charge des enfants survivants (CCS-KA)

APERÇU DU CHAPITRE

Ce chapitre s'adresse aux prestataires de services de santé et de services psychosociaux qui travaillent auprès d'enfants et de familles confrontés à la violence sexuelle. Il décrit les principaux domaines de connaissance sur les violences sexuelles infligées aux enfants que les prestataires de services doivent maîtriser pour appliquer et renforcer d'autres connaissances et compétences professionnelles.¹⁸ Il est fondamental de posséder des connaissances complètes et précises sur les violences sexuelles infligées aux enfants pour dispenser des soins et un traitement appropriés aux enfants et aux familles. Les prestataires de services ont pour responsabilité de fournir des informations précises aux enfants et aux personnes qui s'occupent des enfants, car ces informations facilitent le rétablissement et la guérison des survivants. Sans des connaissances précises, les prestataires de services risqueraient de perpétuer les croyances préjudiciables susceptibles d'aggraver le stress émotionnel des enfants et d'entraver la guérison.

Outre les principaux domaines de connaissance sur les violences sexuelles infligées aux enfants, cette section présente également un outil destiné aux superviseurs, qui leur permet d'évaluer les connaissances et compétences de chaque employé(e).

¹⁸ À titre d'exemple, les médecins et infirmiers doivent posséder les compétences requises pour assurer la prise en charge clinique des personnes ayant survécu à des violences sexuelles, les prestataires de services psychosociaux pour assurer la gestion des cas, mais tous doivent aussi posséder des connaissances techniques supplémentaires sur la violence sexuelle.

Veillez noter que ces domaines de connaissance reposent sur des faits et informations généraux sur la portée du problème de la violence sexuelle infligée aux enfants, les réactions des enfants face à la violence, et les dynamiques associées à la révélation des violences, entre autres domaines. Les données associées aux domaines de connaissance varient d'un contexte local et d'une population à l'autre. Par conséquent, ces faits et informations doivent être adaptés pour mieux refléter la situation locale.

LES PRINCIPAUX DOMAINES DE CONNAISSANCE SUR LES VIOLENCES SEXUELLES INFLIGÉES AUX ENFANTS

Les professionnels de la santé et du soutien psychosocial doivent être en mesure de démontrer qu'ils maîtrisent les domaines de connaissance suivants :

Domaine n°1 : La définition des violences sexuelles infligées aux enfants

Domaine n°2 : L'ampleur du problème

Domaine n°3 : Les enfants et la révélation des violences sexuelles

Domaine n°4 : Les agresseurs

Domaine n°5 : Les violences sexuelles et les garçons

Domaine n°6 : Les répercussions de la violence sexuelle en fonction de l'âge et du niveau de développement

Domaine n°7 : Les répercussions de la violence sexuelle sur les personnes qui s'occupent de l'enfant

Domaine n°8 : Les besoins des enfants après les violences sexuelles

Domaine n°9 : Les enfants et la résilience

Domaine n°10 : Les systèmes de protection des enfants

Domaines de connaissance supplémentaires (en fonction des besoins locaux)

Les professionnels de la santé et du soutien psychosocial doivent être déterminés à:

- » Acquérir des connaissances précises sur les violences sexuelles infligées aux enfants, et fournir des informations exactes aux enfants et aux personnes qui s'occupent des enfants.
- » Aider les enfants à comprendre et gérer les répercussions des violences sexuelles, en les éduquant et en les informant à l'aide de méthodes adaptées.
- » Aider les familles à se rétablir en les sensibilisant aux violences sexuelles infligées aux enfants, et en soutenant l'enfant qui a subi les violences.
- » Former les prestataires de services qui diffusent des informations erronées sur les violences sexuelles aux enfants, familles et/ou membres de la communauté.

DOMAINE DE CONNAISSANCE N°1 : LA DÉFINITION DES VIOLENCES SEXUELLES INFLIGÉES AUX ENFANTS¹⁹

La violence sexuelle est un abus de pouvoir sur un(e) enfant et une violation du droit de l'enfant à la vie et à un développement normal par le biais de relations saines et basées sur la confiance. Il n'existe pas de définition standard globale des violences sexuelles infligées aux enfants. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) les définit de la façon suivante :

« fait d'impliquer un(e) enfant dans une activité sexuelle que celui-ci/celle-ci ne comprend pas totalement, à laquelle il/elle n'est pas en mesure de donner un consentement éclairé, à laquelle il/elle n'est pas préparé(e) et ne peut donner son consentement parce qu'il/elle n'a pas atteint un niveau de maturité suffisant, ou qui enfreint les lois ou les tabous sociaux. Les violences sexuelles infligées aux enfants sont caractérisées par une activité entre un(e) enfant et un adulte ou un(e) autre enfant qui, de par son âge ou son niveau de développement, est dans une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir, l'activité ayant pour but d'assouvir ou de satisfaire les besoins de l'autre personne. »²⁰

Conformément à la définition de l'OMS, dans les présentes directives, les violences sexuelles infligées aux enfants sont définies comme une forme d'activité sexuelle entre un(e) enfant et un adulte ou un(e) autre enfant ayant un pouvoir sur l'enfant. Les violences sexuelles infligées aux enfants impliquent souvent un contact physique, notamment des baisers, des attouchements, des rapports bucco-génitaux, ou une pénétration anale ou vaginale. Cependant, certains sévices sexuels n'impliquent pas de contact physique. Contraindre un(e) enfant à assister à un viol et/ou à d'autres actes de violence sexuelle, contraindre un(e) enfant à regarder des supports à caractère pornographique ou à montrer ses parties intimes, montrer ses parties intimes à un(e) enfant (« flashing »), harceler un(e) enfant verbalement en vue d'obtenir une relation sexuelle, ou exploiter un(e) enfant à des fins de prostitution ou de pornographie relève également de la violence sexuelle. » Des actes de violence sexuelle spécifiques, avec et sans contact physique, sont décrits ci-après.

¹⁹ Les informations détaillées dans cette section reposent sur des données issues de plusieurs ressources. Les trois principales sont le National Child Traumatic Stress Network (www.nctsn.com) ; Stop it Now: Together We Can Prevent Child Sexual Abuse (<http://www.stopitnow.com/>) ; et Levine, P. (2007). Trauma through a child's eye. Californie : North Atlantic Books. L'OMS, l'UNICEF et d'autres sources d'information clés sont également cités.

²⁰ Organisation mondiale de la Santé, Social Change and Mental Health, Violence and Injury Prevention, Rapport de la Consultation sur la prévention de la maltraitance de l'enfant, pp. 13-17, Genève, 29-31 mars 1999.

Exemples de contact physique ou d'attouchements :

- » toucher les parties génitales ou intimes de l'enfant à des fins sexuelles ;
- » contraindre un(e) enfant à toucher les parties génitales d'une autre personne ou à jouer à des jeux sexuels, et ;
- » insérer des objets ou des parties du corps (par exemple les doigts, la langue ou le pénis) à l'intérieur du vagin, de la bouche ou de l'anus d'un(e) enfant à des fins sexuelles.

De nombreuses personnes ignorent que la violence sexuelle n'implique pas nécessairement une pénétration, un recours à la force, des douleurs ou même un contact physique. Lorsqu'un adulte adopte un comportement sexuel (par ex., lorsqu'il utilise un langage sexuel inapproprié pour s'adresser à un(e) enfant, regarde les parties intimes d'un(e) enfant et/ou montre ses parties intimes à un(e) enfant) pour satisfaire des désirs sexuels ou des intérêts d'adulte, son comportement est considéré comme un acte de violence sexuelle. Exemples d'abus sexuels qui n'impliquent ni contact ni attouchements :

- » montrer à un(e) enfant des photos représentant des hommes et/ou des femmes nu(e)s ;
- » exposer délibérément les parties intimes d'un adulte à un(e) enfant pour satisfaire le plaisir sexuel ou l'intérêt de l'adulte ;
- » photographier un(e) enfant dans des positions sexuelles ;
- » encourager un(e) enfant à regarder ou écouter des relations sexuelles ;
- » regarder un(e) enfant se déshabiller ou aller aux toilettes pour satisfaire le plaisir sexuel ou l'intérêt de l'adulte, et ;
- » forcer un(e) enfant à assister à un viol et/ou d'autres actes de violence sexuelle.

Il est important de prendre conscience que certaines formes de violence sexuelle peuvent être encouragées par des pratiques sociales, par exemple le mariage précoce des filles et des jeunes femmes. Dans de nombreuses situations de crise humanitaire, le mariage précoce et forcé des jeunes filles est le catalyseur du viol conjugal.

Les violences sexuelles infligées aux enfants sont le plus souvent perpétrées par un proche de l'enfant, qui vient trahir la confiance de ce dernier/cette dernière. Par conséquent, le recours à la force physique est rarement nécessaire pour impliquer un(e) enfant dans une activité sexuelle, car celui-ci/celle-ci fait confiance aux adultes dont il/elle est proche, et dont il/elle dépend souvent. Les enfants apprennent à ne pas remettre l'autorité en question ; ils peuvent donc penser que les comportements des adultes sont toujours appropriés, ou que les adultes ont une autorité incontestable. Les auteurs de sévices sexuels profitent de ces faiblesses.

DOMAINE DE CONNAISSANCE N°2 : L'AMPLEUR DU PROBLÈME

Admettre l'existence de la violence sexuelle peut être difficile pour les membres d'une communauté. Pourtant, les statistiques révèlent qu'à l'échelle mondiale, la prévalence des violences sexuelles infligées aux enfants est particulièrement alarmante. Si ces statistiques varient d'un pays et d'un rapport à l'autre, les faits restent toutefois inquiétants :

- » Les filles sont exposées à un risque de violence sexuelle trois fois supérieur par rapport aux garçons, et la majorité des auteurs de violences sexuelles et la quasi-totalité des auteurs de viol sont des hommes.²¹
- » D'après les estimations de l'OMS, 150 millions de filles et 73 millions de garçons de moins de 18 ans auraient subi un rapport sexuel forcé ou d'autres formes de violence sexuelle en 2002.²²
- » L'occurrence de la violence sexuelle au sein du foyer est de plus en plus reconnue. L'analyse d'études menées dans 21 pays a montré que 7 à 36 % des femmes et 3 à 29 % des hommes déclarent avoir été victimes de violences sexuelles au cours de leur enfance. La plupart de ces abus ont été infligés au sein du cercle familial.²³
- » De la même façon, une étude internationale réalisée par l'OMS, dans des pays développés et des pays en voie de développement, a révélé que 1 à 21 % des femmes interrogées avaient été agressées sexuellement avant l'âge de 15 ans, dans la majorité des cas par des hommes de la famille autres que le père ou le beau-père.²⁴

Des données issues de programmes contre la violence basée sur le genre appuyés par l'IRC, recueillies dans des situations de conflit, soulignent la fréquence des violences sexuelles infligées aux enfants. En République centrafricaine par exemple, près de la moitié des personnes ayant survécu à des VBG qui bénéficient du soutien de l'IRC sont des filles de moins de 18 ans. En Sierra Leone, 73 % des femmes et des filles survivantes aidées par l'IRC sont âgées de moins de 18 ans, 23 % de moins de 11 ans. La quasi-totalité des cas concernaient des violences sexuelles, et plus spécifiquement des viols (97 % chez les filles de 0 à 11 ans, et 96 % chez les filles de 12 à 18 ans).²⁵

²¹ Heise, Lori ; Ellsberg, Mary ; Gottemoeller, Megan. 1999. "Ending Violence Against Women." Population Reports, Series L. No.

²² Krug E.G. et al., eds. Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002. (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/Full%20WRVH%20summary.pdf)

²³ Child Abuse & Neglect, 2005.

²⁴ Violence Against Women: WHO Consultation, Geneva, Feb. 5-7 1996 (document FRH/WHD/96.27, disponible à l'adresse http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/FRH_WHD_96.27.pdf, consulté le 18 mars 2005).

²⁵ Ces données sont issues du système de gestion des informations basées sur le genre de l'IRC, un outil permettant de compiler et analyser des informations sur les cas de VBG signalés. Les données présentées ici ne reflètent pas l'incidence ou la prévalence totale de la VBG dans un lieu spécifique ou un ensemble de lieux.

Il est communément admis que les violences sexuelles infligées aux enfants sont plus fréquentes que ce que laissent penser les chiffres. Les enfants sont un groupe de population résilient, mais sont vulnérables en raison de leur âge, de leur taille, de leur dépendance à l'égard des adultes, et de leur participation limitée aux processus décisionnels.²⁶ Sont particulièrement vulnérables à la violence :

- » les enfants atteints d'un handicap physique ou mental, ou d'un retard de développement,
- » les enfants déplacés à l'intérieur de leur propre pays, ou les enfants réfugiés,
- » les enfants non accompagnés et/ou séparés de leur famille et des personnes qui s'occupent d'eux,
- » les enfants qui vivent dans la rue, dans un centre d'accueil résidentiel ou dans des foyers violents.

DOMAINE DE CONNAISSANCE N°3 : LES ENFANTS ET LA RÉVÉLATION DES VIOLENCES SEXUELLES

Le terme « révélation »²⁷ désigne le fait de découvrir qu'un(e) enfant a subi des violences sexuelles. Plusieurs facteurs influent sur la capacité d'un(e) enfant à révéler les violences sexuelles, notamment son âge, son sens de la sécurité, les ressources dont il/elle dispose et d'autres facteurs spécifique à un contexte donné. Souvent, la révélation des violences sexuelles est un processus à part entière : les enfants peuvent d'abord « tâter le terrain » pour observer la réaction des adultes à des allusions sur les violences sexuelles subies, ou les révéler intégralement. Les adultes qui réagissent avec colère, blâment l'enfant ou manifestent toute autre réaction négative peuvent inciter l'enfant à se taire et/ou nier ultérieurement les violences révélées. Les prestataires de services se doivent de faire preuve de compassion, d'attention et de calme lorsqu'un(e) enfant leur révèle avoir subi des violences sexuelles.

LA RÉVÉLATION DES VIOLENCES SEXUELLES PEUT ÊTRE DIRECTE OU INDIRECTE

- » directe lorsque l'enfant bénéficiaire (ou les membres de sa famille/ses amis) informe directement le prestataire de services qu'il a subi des violences sexuelles ;
- » indirecte lorsqu'une personne est témoin des violences sexuelles infligées à l'enfant ; ou lorsque l'enfant contracte une maladie sexuellement transmissible/tombe enceinte, et que la révélation est faite par un tiers, ou la conséquence des violences sexuelles (par ex. une grossesse).

²⁶ Comité permanent interorganisations (IASC) (2005). Directives en vue d'interventions contre la violence basée sur le sexe dans les situations de crise humanitaire : centrage sur la prévention et la réponse à la violence sexuelle dans les situations d'urgence. (disponible à l'adresse http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/subsidi/tf_gender/gbv.asp).

²⁷ Les informations expliquées dans cette section sont extraites de trois ressources clés : le National Child Traumatic Stress Network (www.nctsn.com) ; Stop it Now: Together We Can Prevent Child Sexual Abuse (<http://www.stopitnow.com/>) ; et Levine, P. (2007). Trauma Through a Child's Eye. Californie : North Atlantic Books.

Les révélations directes et indirectes peuvent être faites avec ou sans le consentement de l'enfant. Les enfants peuvent par exemple révéler les violences sexuelles aux personnes qui s'occupent d'eux, qui vont ensuite en informer les prestataires de services contre la volonté de l'enfant. C'est ce que l'on appelle une « révélation involontaire ». Cependant, les enfants peuvent également révéler les violences sexuelles eux-mêmes, de leur plein gré, à des adultes de confiance ou des prestataires de services. C'est la « révélation volontaire ».

Le caractère volontaire ou involontaire de la révélation doit impérativement être pris en compte par les prestataires de services lorsqu'ils débute la prise en charge et le traitement d'un(e) enfant. La façon dont les violences ont été découvertes et révélées, la réaction de l'enfant face à la révélation et le nombre de personnes qui se sont entretenues avec l'enfant peuvent influencer sur la volonté de ce dernier/cette dernière à participer au processus de révélation. Certains enfants peuvent être prêts à parler, communiquer des informations et recevoir de l'aide, tandis que d'autres peuvent avoir peur ; chaque expérience est différente.

RAISONS FRÉQUENTES POUR LESQUELLES LES ENFANTS NE RAPORTENT PAS LES VIOLENCES SEXUELLES

LA PEUR DES CONSÉQUENCES : de nombreux enfants craignent de révéler les abus sexuels à un adulte car ils se sentent physiquement menacés, pensent qu'ils seront éloignés de leur famille, ou pensent qu'ils seront accusés de couvrir la famille de honte ou d'impliquer les autorités extérieures. La peur des conséquences peut être plus grande que la peur de la violence elle-même.

LA PEUR DU REJET : les enfants ont souvent peur de ne pas être crus par les adultes. Ils craignent que leurs parents, les dirigeants de la communauté, les membres du clan, les leaders religieux ou d'autres personnes réfutent leurs dires et refusent de leur venir en aide. L'agresseur peut renforcer cette peur en convainquant l'enfant que personne ne le/la croira, ou qu'il/elle aura des problèmes s'il/elle parle, etc.

LA MANIPULATION : l'agresseur peut duper ou soudoyer l'enfant (par exemple, en lui donnant un cadeau en échange de son silence). Il fait souvent naître un sentiment de honte ou de culpabilité chez l'enfant, et accuse parfois ce dernier/cette dernière, en lui affirmant qu'il/elle a sollicité les services.

Tous les enfants qui révèlent avoir subi des violences sexuelles doivent être entendus avec respect et ne doivent pas être mis en doute. Les personnes qui s'occupent de l'enfant, les prestataires de services et les adultes en général se doivent de tenir l'agresseur responsable des violences sexuelles, et non pas l'enfant.

1

LES CONNAISSANCES FONDAMENTALES SUR LES VIOLENCES SEXUELLES INFLIGÉES AUX ENFANTS

LA CULPABILITÉ : les enfants peuvent croire qu'ils sont responsables des violences sexuelles, ou penser que ces violences sont méritées (l'enfant peut par exemple penser que c'est lui/elle qui a invité l'agresseur chez lui/elle, ou qu'il/elle s'est trouvé(e) au mauvais endroit au mauvais moment). Un(e) enfant peut avoir le sentiment d'avoir autorisé les sévices, alors qu'il/elle aurait dû y mettre un terme. En aucun cas un(e) enfant n'est responsable des violences sexuelles subies.

LA PROTECTION : l'enfant peut en quelque sorte souhaiter protéger l'agresseur et/ou sa famille, notamment lorsque l'agresseur est proche de l'enfant et de sa famille.

L'ÂGE : les très jeunes enfants peuvent ne pas être conscients d'avoir subi des violences sexuelles. Ils peuvent penser que les abus sont normaux, notamment lorsqu'ils connaissent l'agresseur et lui accordent leur confiance. Les jeunes enfants peuvent également être dans l'incapacité de révéler les violences sexuelles en raison de limites de langage ou de développement.

LE HANDICAP PHYSIQUE OU MENTAL : les enfants peuvent ne pas être capables de révéler les violences sexuelles, s'ils ne sont pas en mesure de parler ou de se rendre auprès d'un prestataire de services.

Tous les enfants qui révèlent avoir subi des violences sexuelles doivent être entendus avec respect, et ne doivent pas être mis en doute. Les personnes qui s'occupent de l'enfant, les prestataires de services et les adultes en général doivent systématiquement tenir l'agresseur responsable des violences sexuelles, et non pas l'enfant.



CONSEIL PRATIQUE

Remarque spéciale sur la gestion des révélations : la capacité à gérer les révélations de violence sexuelle est l'une des compétences essentielles que doivent posséder les prestataires de services. Ces derniers doivent être conscients de l'impact que leurs réactions peuvent avoir sur la santé psychosociale d'un(e) enfant. Les réactions négatives, accusatoires et empreintes de colère peuvent aggraver le traumatisme et nuire à un(e) enfant qui a révélé avoir subi des violences sexuelles, tandis qu'une réaction calme, rassurante et encourageante peut donner à l'enfant un sentiment de sécurité et d'acceptation, qui facilite le processus de guérison et de rétablissement.

Le chapitre 2 décrit les valeurs et croyances clés qui aident les prestataires de service à rester calmes et à manifester leur soutien, non seulement pendant la révélation, mais également tout au long du traitement et de la prise en charge de l'enfant, et présente un outil qui permet de détecter les éventuelles attitudes préjudiciables au sein du personnel. Les chapitres 3 et 5 orientent les prestataires de services pour les aider à gérer les révélations de violence sexuelle, et décrivent les étapes à suivre après la révélation pour répondre aux besoins de l'enfant bénéficiaire en matière de santé, de sécurité, de soutien psychosocial et d'assistance juridique.

DOMAINE DE CONNAISSANCE N°4 : LES AGRESSEURS

Dans différentes régions du monde, les auteurs de violences sexuelles peuvent avoir des caractéristiques diverses ; néanmoins, la majorité d'entre eux sont des hommes. Les agresseurs peuvent faire partie de la famille (pères, grands-parents, frères et sœurs, oncles, tantes, cousins, etc.), ou être des voisins, des leaders religieux, des enseignants, des professionnels de la santé, ou toute autre personne entretenant des contacts étroits avec les enfants. Par conséquent, les sévices sexuels peuvent être infligés sur de longues périodes de temps, et à plusieurs reprises. Les enfants peuvent également être agressés sexuellement par une personne qu'ils ne connaissent pas, mais les statistiques confirment que ce n'est pas fréquent.

UN(E) ENFANT PEUT-IL INFLIGER DES SÉVICES SEXUELS À UN(E) AUTRE ENFANT ?

OUI. Certains enfants qui agressent d'autres enfants sexuellement comprennent parfaitement l'impact dévastateur de leurs actes. D'autres en revanche, notamment les plus jeunes, peuvent ne pas comprendre que les actes sexuels qu'ils imposent à un(e) autre enfant sont préjudiciables. Certains de ces jeunes agresseurs ayant eux-mêmes subi une forme de violence sexuelle,²⁸ il peut s'agir d'un comportement acquis, découlant de leur expérience personnelle. Il est important de proposer également à ces enfants un soutien psychosocial et des services de réadaptation. Si la plupart des enfants ayant subi des violences sexuelles n'infligent jamais de tels sévices à d'autres enfants, ils peuvent cependant, à défaut de traitement, être plus vulnérables face à un comportement jugé inapproprié, et ne pas être à même de distinguer un comportement approprié d'un comportement inapproprié.

POUR QUELLE RAISON UN ADULTE INFLIGE-T-IL DES SÉVICES SEXUELS À UN(E) ENFANT ?

Il n'y a pas de raison simple permettant d'expliquer pourquoi un individu abuse d'une position de pouvoir ou d'influence pour se livrer à des activités sexuelles avec un(e) enfant. Les explications sont non seulement complexes, mais également aussi variées que les personnes et situations concernées. Les caractéristiques des agresseurs varient selon les cultures et les contextes locaux. Pour certains hommes, les sévices sont motivés par le désir de posséder davantage de pouvoir et de contrôle sur sa propre vie. D'autres sont sexuellement attirés par les enfants. Les causes des sévices sexuels infligés aux enfants par les adultes sont nombreuses. Néanmoins, tous les cas présentent une caractéristique commune : l'abus de pouvoir sur un(e) enfant à des fins sexuelles.

²⁸ Les enfants qui subissent des sévices sexuels n'adoptent pas systématiquement des comportements sexuels violents. Cependant, faute de soins et de traitement, ces enfants risquent davantage de subir de nouvelles violences, ou de ne plus savoir quels comportements sont appropriés.

DOMAINE DE CONNAISSANCE N°5 : LES VIOLENCES SEXUELLES ET LES GARÇONS

Nombre des faits et informations sur la violence sexuelle s'appliquent aussi bien aux filles qu'aux garçons ; en revanche, certains aspects sont spécifiques aux garçons ayant survécu à des violences sexuelles. Peu de recherches ont été effectuées pour étudier les aspects spécifiques des violences sexuelles infligées aux garçons en situations de crise humanitaire. Par ailleurs, les croyances culturelles et les stéréotypes sur la féminité et la masculinité, qui varient d'un contexte à l'autre, influent largement sur les différences de victimisation entre les hommes et les femmes. Partant de ce constat, les recherches actuelles²⁹ sur les violences sexuelles infligées aux hommes révèlent que les croyances influent sur la façon dont les garçons, et plus particulièrement les adolescents, vivent et externalisent la violence sexuelle :

- » Un garçon peut se sentir atteint dans sa virilité (émasculatation).
- » Il peut se considérer comme étant impuissant, et donc « déficient ».
- » Il peut se penser catalogué comme étant sexuellement attiré par les hommes (homosexuel).
- » Les adolescents peuvent également penser que quoi qu'il arrive, toute activité sexuelle est appropriée pour les hommes.³⁰

En règle générale, les hommes, et plus spécialement les adolescents, sont beaucoup moins enclins à révéler les violences sexuelles subies, et/ou à en parler, car le fait d'être une victime peut être considéré comme une expérience à contre-courant pour un homme et/ou un garçon/adolescent.

Les prestataires de services qui travaillent auprès de garçons survivants doivent connaître les spécificités des violences sexuelles infligées aux garçons. Ils doivent notamment être très attentifs à leurs propres croyances et attitudes concernant ces expériences de violence sexuelle, car des croyances préjudiciables peuvent dissuader un(e) enfant de révéler les sévices, et aggraver le traumatisme psychologique. Voici quelques faits importants que les prestataires de services doivent connaître :

- » **les garçons peuvent être agressés sexuellement.** L'analyse d'études menées dans 21 pays a montré que 3 à 29 % des hommes déclarent avoir été victimes de violences sexuelles au cours de leur enfance. La plupart des actes de violence sexuelle sont perpétrés au sein du cercle familial.³¹ Les statistiques indiquent que la majorité des victimes sont agressées par des adultes de sexe masculin. Cependant, il arrive également que des

²⁹ Bergstrom, Sage. Butler, Tracy L., Karp, Cheryl L. (1997). Treatment Strategies for Abused Adolescents: From Victim to Survivor. Interpersonal Violence: The Practice Series, Volume 19.

³⁰ Ibid.

³¹ International Center for Assault Prevention, page « statistics ». Accessible à l'adresse : http://www.internationalcap.org/abuse_statistics.html/

garçons soient agressés sexuellement par des adultes de sexe féminin, et/ou des enfants/adolescents de sexe masculin ;

- » **le fait de subir des violences sexuelles ne rend pas homosexuel.** Les prestataires de services ont pour responsabilité de sensibiliser les enfants survivants, les personnes qui s'occupent des enfants et les membres de la communauté aux répercussions de la violence sexuelle. L'homosexualité est associée à une stigmatisation supplémentaire dans les communautés, et les idées reçues sur les répercussions de la violence sexuelle peuvent dissuader encore davantage un adolescent de sexe masculin agressé sexuellement un homme de révéler les sévices sexuels ;
- » **les garçons ne préfèrent pas nécessairement s'entretenir avec les prestataires de services de sexe masculin.** En réalité, ce peut même être l'inverse. Il ne faut jamais supposer qu'un garçon ou une fille est plus à l'aise avec un prestataire de services du même sexe. Idéalement, les enfants doivent plutôt avoir le choix entre un prestataire de sexe masculin et un prestataire de sexe féminin ;
- » **des obstacles internes (individuels) et externes (sociaux) peuvent entraver la prise en charge.** La stigmatisation sociale, notamment la peur d'être catégorisé comme un homosexuel, ainsi que des difficultés liées à la victimisation et la masculinité peuvent dissuader les garçons de chercher de l'aide. Par ailleurs, dans de nombreux contextes, les services liés à la violence sexuelle sont davantage orientés vers les femmes et les filles ; les garçons peuvent ignorer qu'ils bénéficient d'opportunités similaires pour obtenir de l'aide ;
- » **les garçons ont besoin de soins, d'un soutien et d'un traitement pour guérir et se rétablir.** Les garçons survivants ont les mêmes besoins que les filles survivantes : se sentir en sécurité, entourés, crus et encouragés, et être assurés qu'ils ont eu raison de demander de l'aide et/ou de révéler les violences sexuelles.

DOMAINE DE CONNAISSANCE N°6 : LES RÉPERCUSSIONS DE LA VIOLENCE SEXUELLE EN FONCTION DE L'ÂGE ET DU NIVEAU DE DÉVELOPPEMENT

La violence sexuelle touche tous les âges de l'enfance, tous les contextes, toutes les cultures et toutes les classes sociales. Les prestataires de services, les enseignants, les parents, les personnes qui s'occupent des enfants etc. doivent être capables de reconnaître les signes et symptômes d'un abus sexuel dans leur contexte spécifique, car la plupart des garçons et des filles gardent le silence. Un signe ou symptôme isolé n'atteste pas nécessairement que l'enfant a subi des violences sexuelles ; en revanche, la présence de plusieurs signes peut amener à



Photo : Gina Bramucci/IRC

suspecter une situation à risque.³² N'oubliez pas qu'il est important de croire un(e) enfant qui affirme avoir subi des violences sexuelles, quoi que vous observiez chez lui/elle. Sachez aussi que certains de ces signes peuvent apparaître au cours de périodes de stress, telles que le décès d'un être cher ou tout autre événement traumatique, même longtemps après l'agression.

Les garçons et les filles réagissent différemment aux violences sexuelles, en fonction de plusieurs facteurs, notamment leur âge, leur niveau de développement et leur contexte culturel. La plupart des signes et symptômes sont de nature comportementale et émotionnelle, mais des changements physiques peuvent également faire suspecter des violences sexuelles. Voici les signes physiques les plus fréquents :

- » douleur, décoloration, ulcérations, lésions, saignements ou pertes au niveau des parties intimes, de l'anus ou de la bouche ;
- » douleurs persistantes ou récurrentes lors de la miction et/ou la défécation ;
- » incontinence accidentelle sans lien avec l'apprentissage de la propreté ;
- » perte ou prise de poids ;
- » manque d'hygiène personnelle.

³² Chez certains enfants, les signes comportementaux et physiques de violence ne sont pas toujours apparents.

LES NOURRISSONS (ÂGÉS DE 0 À 5 ANS)

Les jeunes enfants adoptent souvent un comportement régressif : ils semblent avoir perdu certaines aptitudes ou comportements qu'ils maîtrisaient auparavant (par exemple, le contrôle de leur vessie), ou renouent avec des comportements qui ne sont plus de leur âge (par exemple sucer son pouce). De la même façon, les jeunes enfants se montrent souvent accaparants à l'égard des adultes familiers, notamment les personnes qui s'occupent d'eux et les enseignants dont ils se sentent proches. Ils peuvent également se montrer réticents à quitter les lieux où ils se sentent en sécurité (leur foyer ou leur salle de classe), ou craindre de se rendre dans des lieux qui peuvent déclencher les souvenirs d'une expérience terrifiante. Enfin, on observe fréquemment un changement significatif des habitudes alimentaires et/ou de sommeil, et les jeunes enfants peuvent faire état de douleurs physiques sans cause médicale.

LES ENFANTS PLUS ÂGÉS (DE 6 À 10 ANS)

Les enfants plus âgés peuvent également adopter des comportements régressifs (par exemple demander aux adultes de leur donner à manger, ou de les habiller), ou mentionner des symptômes physiques inexplicables, à l'instar des jeunes enfants. En revanche, les enfants plus âgés comprennent mieux le sens des violences sexuelles, et ont des opinions et convictions plus poussées concernant les abus et ce qu'ils perçoivent comme des répercussions négatives. Cela se traduit par des réactions émotionnelles allant de la tristesse, l'anxiété et la peur, aux sentiments de honte et de culpabilité. Par conséquent, les enfants plus âgés peuvent commencer à s'isoler de leurs amis et refuser d'aller à l'école, adopter un comportement agressif, ou encore avoir des difficultés à se concentrer, qui font chuter leurs résultats scolaires.

LES ADOLESCENTS (ÂGÉS DE 10 À 19 ANS)

L'adolescence est définie comme la période comprise entre 10 et 19 ans. Il s'agit d'un processus continu de développement des sphères physique, cognitive, comportementale et psychosociale d'un individu. Les adolescents sont confrontés à des difficultés spécifiques à leur niveau de développement. L'adolescence est souvent décrite comme une période de transition entre l'enfance et l'âge adulte, qui peut être éprouvante car l'individu n'est plus considéré comme un « enfant », mais n'est pas encore véritablement considéré comme un « adulte ».³³

³³ Les pratiques d'initiation spécifiques qui marquent le passage de l'enfance à l'âge adulte varient d'une culture à l'autre.

La pré-adolescence (de 10 à 14 ans) marque le début de ce processus ; elle est caractérisée par la puberté et la métamorphose du corps. Plus proches des enfants que des adultes sur les plans émotionnel et cognitif, les adolescents de cette tranche d'âge commencent tout juste à définir leur identité. À mesure que les pré-adolescents découvrent leur sexualité, ils commencent à vivre leurs premières expériences sexuelles, ou à faire l'objet d'une attirance sexuelle. Les adolescents de cette tranche d'âge, et plus particulièrement les filles, tendent à être dépendants d'autrui, à manquer de pouvoir dans la plupart de leurs relations sociales, et à être exclus des décisions qui les concernent.

La fin de l'adolescence (de 15 à 19 ans) conclut le processus ; la puberté est terminée, mais le corps continue de se développer. Les adolescents de cette tranche d'âge tendent à se comporter davantage comme des adultes, mais n'ont pas encore atteint leur maturité cognitive, comportementale et émotionnelle. Leur capacité à penser et réfléchir de façon analytique est renforcée, mais toujours en cours de développement. Les pairs sont extrêmement importants et influents au cours de cette période. Cela est extrêmement important dans le cas des filles ayant des contacts limités avec leurs pairs et d'autres individus en dehors de leur famille immédiate. Les filles qui ont atteint leur maturité physique sont plus exposées au risque de violence et d'exploitation sexuelles.

En règle générale, les adolescents attachent plus d'importance aux groupes de pairs et à l'intégration sociale. Il peut donc leur être plus difficile de faire face aux abus sexuels, compte tenu du degré élevé de stigmatisation et de honte associé à la violence sexuelle dans les communautés. Les adolescents peuvent être réticents à discuter de leur sentiments, voire même dissimuler toute réaction émotionnelle face à la violence sexuelle, notamment parce qu'ils désirent trouver leur place au sein de la société, et éviter la honte et la stigmatisation associées à la violence sexuelle. Les adolescents, et en particulier les plus âgés, sont plus susceptibles de présenter des symptômes post-traumatiques similaires à ceux des adultes, par exemple :

- » Les flashbacks
- » Les cauchemars
- » L'indifférence affective
- » L'évitement des situations rappelant le traumatisme
- » La dépression, les pensées suicidaires
- » Les difficultés relationnelles avec les pairs
- » Les comportements délinquants et/ou autodestructeurs :
 - Le changement des performances scolaires
 - Le détachement et le déni
 - Les changements abrupts d'amis ou la rupture d'amitiés
 - La scarification ou d'autres formes d'automutilation.

En règle générale, les adolescents survivants sont confrontés à de nombreuses difficultés ; par conséquent, il peut être long et difficile, pour le prestataire de services, de nouer une relation étroite avec eux. Les prestataires de services qui interviennent auprès d'adolescents ayant subi des violences sexuelles découvriront que nouer des liens et instaurer un climat de confiance avec un adolescent bénéficiaire est un objectif important. À mesure que ces liens se renforcent, les adolescents bénéficiaires peuvent être plus enclins à dévoiler leurs sentiments. Il est fondamental d'établir de solides rapports de confiance pour favoriser le processus de guérison et de rétablissement.

La réaction des garçons et des filles face à la violence sexuelle subie peut être plus ou moins sévère, en fonction de différents paramètres, par exemple :

- » **L'identité de l'agresseur** : généralement, les répercussions sont plus profondes lorsque l'agresseur est un parent, un beau-parent ou un adulte qui jouit de la confiance de l'enfant, plutôt qu'un étranger. Cette proximité relationnelle affecte la capacité de l'enfant à faire confiance aux adultes, et mine le sentiment de sécurité qu'il/elle éprouve en présence d'adultes.
- » **La présence ou l'absence de violence** : le traumatisme et la détresse de l'enfant sont renforcés lorsque l'agresseur a eu recours à la violence physique. Lorsque l'enfant a subi des violences physiques sévères, les répercussions émotionnelles et sanitaires sont plus profondes.
- » **La durée des abus sexuels** : plus elle est importante, et plus les conséquences émotionnelles et sanitaires sont graves chez l'enfant.
- » **Si l'enfant s'est confié(e) à quelqu'un** : la réaction de la personne à qui l'enfant a révélé les sévices est également déterminante. Le doute, l'ignorance, le blâme ou la stigmatisation peuvent être extrêmement préjudiciables, parfois plus que les abus eux-mêmes.
- » **Ce qui se passe après les violences sexuelles** : si l'enfant est entouré(e) et soutenu(e), sa souffrance sera moindre ; en revanche, s'il/elle est blâmé(e) et couvert(e) de honte par la communauté ou la famille, ou s'il/elle ne reçoit aucun soutien, il lui sera plus difficile de guérir, de se sentir en sécurité, et de suivre un processus de développement normal.

1

LES CONNAISSANCES FONDAMENTALES SUR LES VIOLENCES SEXUELLES INFLIGÉES AUX ENFANTS

Le tableau ci-dessous reprend les principaux signes et symptômes observés dans chaque tranche d'âge :

PRINCIPAUX SIGNES ET SYMPTÔMES D'ABUS SEXUELS EN FONCTION DE L'ÂGE	
NOURRISSONS (DE 0 À 5 ANS)	<ul style="list-style-type: none"> » Pleurs, gémissements ou cris plus fréquents que d'ordinaire » Attachement ou dépendance affective inhabituel(le) à l'égard des personnes qui s'occupent d'eux. » Refus de quitter les lieux « sûrs ». » Troubles du sommeil, ou temps de sommeil excessif. » Perte du langage, du contrôle de la vessie et autres signes de régression. » Intérêt pour les actes sexuels ou connaissances sur le sujet inappropriés par rapport à l'âge.
ENFANTS PLUS ÂGÉS (DE 6 À 10 ANS)	<ul style="list-style-type: none"> » Réactions similaires à celles des enfants âgés de 0 à 5 ans, auxquelles viennent s'ajouter les signes et symptômes suivants : Peur de personnes, de lieux ou d'activités spécifiques, ou peur d'être agressés. Comportement infantile (incontinence, demander aux parents de les habiller). » Refus soudain d'aller à l'école. » Attouchements fréquents de leurs parties intimes. » Isolement de la famille et des amis, ou isolement en général. » Refus de s'alimenter, ou vouloir constamment manger.
ADOLESCENTS (DE 10 À 19 ANS)	<ul style="list-style-type: none"> » Dépression (tristesse chronique), pleurs ou indifférence affective. » Cauchemars (mauvais rêves) ou troubles du sommeil. » Problèmes à l'école, ou évitement scolaire. » Manifestation de colère ou difficultés relationnelles avec les pairs, conflits, désobéissance ou défi de l'autorité. » Comportement d'évitement, caractérisé notamment par un isolement de la famille et des amis. » Comportement autodestructeur (toxicomanie, alcoolisme, automutilations). » Changement des performances scolaires » Troubles alimentaires, par exemple manger constamment ou refuser de s'alimenter. » Pensées ou tendances suicidaires. » Évocation des violences sexuelles, flashbacks.

Outre les répercussions émotionnelles, psychologiques et comportementales des abus sexuels, décrites précédemment dans la section sur les signes et symptômes, les enfants sont confrontés à de sérieuses conséquences sociales une fois qu'ils ont été identifiés comme des victimes de violences sexuelles.

Les enfants qui ont été agressés sexuellement peuvent être rejetés par leur famille et leur communauté, subir une stigmatisation sociale extrême, et/ou être pénalisés sur les plans scolaire et professionnel (perte d'opportunités). Par ailleurs, à mesure qu'ils avancent en âge, ils peuvent voir disparaître les moyens d'acceptation et d'intégration sociales. Aussi est-il impératif, dans le cadre de la prise en charge d'un(e) enfant ayant subi des violences sexuelles, de s'appuyer sur les mécanismes familiaux et communautaires pour lutter contre les conséquences familiales et sociales. Différents groupes doivent initier des campagnes d'éducation et de sensibilisation communautaires axées sur la violence sexuelle afin de lutter contre les pratiques communautaires qui stigmatisent ou déshonorent les enfants survivants. Ces types d'intervention communautaire peuvent avoir un impact positif direct sur les enfants ayant subi des sévices sexuels, en permettant de les réintégrer au sein de leur communauté.³⁴

DOMAINE DE CONNAISSANCE N°7 : LES RÉPERCUSSIONS DES VIOLENCES SEXUELLES SUR LES PERSONNES QUI S'OCCUPENT DE L'ENFANT

Lorsque les personnes qui s'occupent de l'enfant, non incriminées dans les sévices, découvrent qu'il/elle a été agressé(e) sexuellement, elles éprouvent un grand nombre de sentiments. Ces réactions émotionnelles, à savoir la colère, l'incrédulité, le choc, l'inquiétude, la profonde tristesse et la peur, sont des réponses normales face à la révélation de violences sexuelles. Les personnes qui s'occupent de l'enfant peuvent ne pas savoir que faire, ni où s'adresser pour obtenir de l'aide. Elles peuvent souhaiter voir le problème « disparaître », ou même ne pas réaliser que la violence sexuelle peut nuire à l'enfant et nécessiter une prise en charge médicale. Elles peuvent aussi manifester de la colère, et réprimander ou frapper l'enfant. Certains se reprochent de ne pas avoir su détecter les comportements de leur enfant, ou ont le sentiment d'avoir échoué dans leur rôle de parent et de n'avoir pas protégé leur enfant. Certains parents peuvent se demander pourquoi leur enfant a choisi de révéler les violences à d'autres, plutôt qu'à eux directement.

D'autres ressentent également des émotions contradictoires, notamment lorsque l'agresseur désigné est un(e) ami(e) proche en qui ils ont confiance, ou un membre de la famille. Les personnes qui s'occupent de l'enfant peuvent se sentir trahies, perdues, et envahies de doutes. Outre ces nombreuses réactions émotionnelles, les parents peuvent également souffrir d'insomnie, et présenter un changement d'appétit ou d'autres symptômes physiques provoqués par le stress et la peur associés à la découverte des sévices sexuels.

³⁴ Cette question doit être étudiée plus en profondeur, au-delà du cadre des présentes directives.

Les personnes qui s'occupent de l'enfant doivent également être aidées pour surmonter cette épreuve, parce qu'elles éprouvent une souffrance émotionnelle, et que l'enfant a besoin de leur soutien et de leur attention pour faciliter sa propre guérison. Elles doivent être conscientes qu'il est crucial de croire l'enfant, et d'être à ses côtés pour l'aider à se rétablir. Par conséquent, dans les cas de violences sexuelles infligées aux enfants, les prestataires de services doivent mettre en œuvre des stratégies et compétences pour impliquer de façon positive les personnes qui s'occupent de l'enfant, non incriminées dans les sévices, dans le processus de guérison et de rétablissement de l'enfant.

DOMAINE DE CONNAISSANCE N°8 : LES BESOINS DES ENFANTS APRÈS LES VIOLENCES SEXUELLES

Après avoir subi des violences sexuelles, les enfants peuvent avoir des besoins immédiats, auxquels les prestataires de services doivent tâcher de répondre en mobilisant les équipes d'intervention d'urgence. Il convient plus spécifiquement s'assurer que les besoins physiques et émotionnels de l'enfant sont satisfaits, et qu'il/elle a accès à des soins dans des délais satisfaisants.

Au terme de cette intervention d'urgence immédiate, l'enfant peut avoir besoin d'un soutien et de soins supplémentaires, pour mieux guérir et se rétablir, et reprendre le cours normal de sa vie, pleinement et de façon positive. Les besoins à long terme comprennent :

- » **Les besoins psychologiques.** Les enfants doivent être soutenus pour se sentir en sécurité et faire de nouveau confiance aux adultes ; pour comprendre leurs sentiments par rapport aux violences ; et pour faire face aux symptômes de l'état de stress post-traumatique qui peuvent se manifester (flashbacks des violences, pensées obsessionnelles sur les violences, problèmes de respect de soi).
- » **Les besoins sociaux.** Les enfants (et les familles) ont besoin d'aide pour guérir et faire face aux répercussions de la violence sexuelle sur la famille et les relations familiales ; pour se sentir prêts à retourner à l'école et à prendre part aux événements sociaux et communautaires ; et pour nouer et entretenir des relations positives et des liens de confiance avec leurs pairs et les adultes de la communauté.
- » **Un dispositif de prise en charge.** Les enfants ont besoin d'un lieu sûr pour se rétablir lorsque les violences sexuelles ont été infligées au sein du foyer, et qu'ils ne peuvent y retourner.

- » **Les besoins juridiques/l'accès à la justice.** Les enfants ont le droit d'obtenir justice, et peuvent avoir besoin d'assistance tout au long des enquêtes et poursuites pénales.
- » **D'autres mesures de protection.** Les enfants séparés ou non accompagnés, ou exposés à d'autres risques en matière de protection, doivent bénéficier de mesures de protection ciblées.

DOMAINE DE CONNAISSANCE N°9 : LES ENFANTS ET LA RÉSILIENCE³⁵

QU'EST-CE QUE LA RÉSILIENCE ?

D'après la définition de l'équipe Interaction Child Protection Task, la résilience est la capacité des individus, des familles et des communautés à endurer et surmonter des épreuves. L'unité Child and Youth Protection and Development de l'IRC définit un(e) enfant ou un(e) jeune résilient(e) comme un individu qui préserve ou retrouve son bien-être alors qu'il a subi une épreuve. La résilience d'un(e) enfant résulte de caractéristiques individuelles et de mécanismes d'adaptation (innés et acquis), ainsi que de facteurs de protection présents dans son environnement. Ces attributs et mécanismes innés et acquis comprennent les caractéristiques biologiques, physiques et psychologiques, ainsi que les compétences et connaissances. Les enfants utilisent ces caractéristiques pour se défendre en cas de violation de leurs droits, mais aussi pour faire face à l'épreuve et se rétablir.

Des facteurs externes ou environnementaux influent sur la résilience d'un(e) enfant ou d'un(e) jeune. Les conditions extérieures qui permettent à l'enfant d'endurer une épreuve puis de se rétablir sont appelés facteurs de protection. À l'échelle familiale, ces facteurs de protection comprennent les attitudes positives et l'implication des parents ou des personnes qui s'occupent de l'enfant, la cohésion familiale, un logement adéquat et un revenu stable et approprié. À l'échelle de la communauté, il s'agit de la participation à la vie communautaire, de l'acceptation par les pairs, de la présence de personnes jouant un rôle de soutien, et de l'accès à des écoles et des soins de qualité. Il est fondamental que les prestataires de services s'appuient à la fois sur les mécanismes d'adaptation des enfants et sur les facteurs de protection environnementaux qui favorisent la guérison et le rétablissement des enfants ayant subi des agressions sexuelles.

³⁵ Cadre de la division Child and Youth Protection and Development de l'International Rescue Committee. A guide to sound project design and consistent messaging. Janvier 2012.

Pour travailler auprès d'enfants survivants, les prestataires de services doivent être en mesure de détecter et exploiter leurs capacités de résilience, afin de les aider à faire face aux répercussions de la violence sexuelle. Nous expliquerons au chapitre 6 comment identifier et exploiter les capacités de résilience des enfants et des familles au cours de la prestation de services.

DOMAINE DE CONNAISSANCE N°10 : LES NORMES ET LES MÉCANISMES LOCAUX RELATIFS À LA PROTECTION DES ENFANTS

Toutes les communautés se soucient de leurs enfants, et souhaitent en principe les protéger, mais les moyens employés pour assurer cette protection varient d'une communauté à l'autre. Par conséquent, avant d'intervenir auprès d'enfants survivants dans une communauté donnée, les prestataires de services doivent impérativement évaluer l'environnement dans lequel évoluent ces enfants, y compris les facteurs ou acteurs qui les protègent ou les exposent à des risques. Pour ce faire, ils doivent se familiariser avec les normes, pratiques et capacités locales, plus particulièrement en matière d'éducation des enfants. Il est également nécessaire d'identifier et définir les capacités de protection d'individus ou de groupes de la communauté, qui peuvent jouer un rôle important dans la guérison d'un(e) enfant. Tout au long du processus de gestion des cas, les travailleurs sociaux doivent collaborer étroitement avec ces groupes ou individus, y compris des enfants ou des familles, pour identifier les ressources de la communauté, favoriser l'adoption de pratiques de protection, et orienter les enfants survivants et leur famille vers les services et l'assistance dont ils peuvent avoir besoin. Ils doivent également mettre à profit leur connaissance des normes, pratiques et capacités locales pour veiller à ce que les décisions prises dans le cadre de la gestion des cas permettent de faire face aux risques et tiennent compte des facteurs de protection présents dans les familles et les communautés. Des informations spécifiques sur ce domaine de connaissance doivent être fournies localement.

ÉLABORER DES DOMAINES DE CONNAISSANCE SUPPLÉMENTAIRES, ET LES ADAPTER AU CONTEXTE LOCAL

Dans le contexte spécifique où les services sont assurés, il peut y avoir des domaines de connaissance supplémentaires associés aux violences sexuelles infligées aux enfants que le personnel doit maîtriser. Par ailleurs, les données relatives à la violence sexuelle peuvent varier d'un contexte à l'autre, en fonction de la population bénéficiaire. Aussi les responsables et superviseurs sont-ils encouragés à compléter et/ou adapter les principaux domaines de connaissance

décrits dans ce chapitre. Nous recommandons aux superviseurs d'organiser une réunion avec 3 à 5 membres de la communauté locale afin de discuter de la situation en matière de violences sexuelles infligées aux enfants, et d'obtenir des informations sur les services offerts nécessaires aux prestataires de services. Au cours de cette réunion, les superviseurs peuvent également passer en revue les domaines de connaissance n°1 à 10, et veiller à ce que les informations obtenues reflètent le plus exactement possible la situation locale. Dans les camps de réfugiés somaliens, par exemple, il était important que le personnel comprenne le lien entre le mariage précoce et la violence sexuelle. Par conséquent, le programme comportait des informations spécifiques sur le mariage précoce des enfants somaliens et la violence sexuelle subie par ces derniers. Désormais, le personnel est également évalué sur ces connaissances.

Il appartient aux responsables de programmes et aux superviseurs d'améliorer les domaines de connaissance généraux en les rendant aussi spécifiques que possible.³⁶

POINTS CLÉS À RETENIR !

- » La violence sexuelle touche tous les âges de l'enfance, tous les contextes, toutes les cultures et toutes les classes sociales.
- » L'agresseur est souvent une personne que l'enfant connaît, et en qui il a confiance. Lorsque l'agresseur connaît l'enfant, il peut tenter d'abuser de sa confiance pour dissimuler les violences. La violence sexuelle peut donc être infligée sur une période plus longue, et devenir de plus en plus invasive.
- » La révélation est un processus. Les enfants peuvent ne pas communiquer tous les détails tout de suite, et compléter leur récit au fur et à mesure.
- » Les enfants peuvent guérir. Les personnes qui s'occupent des enfants et les prestataires de services peuvent influencer de façon très positive sur le processus de guérison, s'ils croient et soutiennent les enfants tout au long de leur prise en charge.

³⁶ Les changements doivent être apportés avant la formation des prestataires de services afin que les concepts les plus pertinents et les plus précis soient transmis et appliqués.

ÉVALUER LES CONNAISSANCES SUR LES VIOLENCES SEXUELLES INFLIGÉES AUX ENFANTS

Les prestataires de services doivent pouvoir démontrer qu'ils maîtrisent les principaux domaines de connaissance décrits précédemment.³⁷ Pour cela, ils doivent être en mesure de restituer des faits et des informations sur les enfants et les violences sexuelles infligées aux enfants, seuls et avec précision. Comme indiqué précédemment, il est fondamental de posséder des connaissances techniques sur les violences sexuelles infligées aux enfants pour dispenser des soins et un traitement appropriés. Les prestataires de services doivent par exemple comprendre l'incidence de l'âge et du niveau de développement d'un(e) enfant sur ses réactions face aux violences, et la dynamique propre à la révélation des violences sexuelles. Par ailleurs, ils ont pour responsabilité de sensibiliser enfants et familles à la violence sexuelle au cours de la prise en charge et du traitement, et doivent pour ce faire posséder des informations complètes et précises.

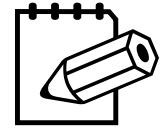
Les superviseurs peuvent recourir à deux méthodes pour contrôler et évaluer les compétences d'un(e) employé(e) :

1. Faire participer chaque employé(e) à un test d'évaluation des connaissances grâce à un outil prévu à cet effet ;
2. Observer directement l'employé(e) fournir des services aux enfants, et effectuer des commentaires au cours d'un entretien de supervision individuel ou en groupe.

La section ci-dessous présente un outil d'évaluation des connaissances conçu pour aider les responsables et les superviseurs à évaluer, chez chaque employé(e), le niveau de maîtrise des principaux domaines de connaissance décrits précédemment.

³⁷ Les professionnels de la santé et/ou du soutien psychosocial acquièrent ces connaissances clés grâce à des activités structurées de formation et de renforcement des capacités proposées par leur organisme ou tout autre organisme identifié et compétent œuvrant sur le terrain.

OUTIL DE SUPERVISION : TEST D'ÉVALUATION DES CONNAISSANCES SUR LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS SURVIVANTS (CCS-KA)



Le test d'évaluation des connaissances sur la prise en charge des enfants survivants (CCS-KA) est utilisé par les superviseurs pour évaluer le niveau de connaissance des employés sur les violences sexuelles infligées aux enfants. Cet outil n'évalue pas toutes les connaissances requises assurer un service efficace (par exemple, les domaines de connaissance sur la gestion des cas) ; il permet simplement d'évaluer les connaissances techniques sur les concepts clés relatifs aux violences sexuelles infligées aux enfants. Le test CCS-KA peut être utilisé en complément d'autres outils d'évaluation du personnel et de listes de vérification pour contrôler les compétences des employés. Il permet d'évaluer de façon structurée les connaissances

sur les violences sexuelles infligées aux enfants, afin d'identifier les domaines dans lesquels les capacités doivent être renforcées. Le test CCS-KA est facile à réaliser. Il doit être effectué au terme d'une formation officielle sur les violences sexuelles infligées aux enfants et, dans la mesure du possible, avant que l'employé(e) commence à travailler directement auprès d'enfants et de familles.

Avant d'adopter de nouveaux outils d'évaluation du personnel, il est conseillé d'expliquer aux équipes la raison pour laquelle des méthodes plus officielles sont employées. À défaut, le personnel pourrait être intimidé à l'idée que le superviseur évalue officiellement ses aptitudes. En revanche, lorsque les superviseurs expliquent l'objet de ces évaluations des compétences (identifier les domaines dans lesquels une formation et un soutien supplémentaires pourraient être bénéfiques), le personnel se sent généralement plus à l'aise et prend conscience des avantages de ces évaluations en termes d'évolution professionnelle.

La version intégrale de cet outil est fournie en fin de chapitre

Outil de supervision
Évaluation des connaissances sur la prise en charge des enfants survivants (CCS-KA)

Date :
Nom de l'employé :
Superviseur :

Instructions pour procéder à l'évaluation

OBJET
 Cet outil d'évaluation définit le niveau minimal de connaissances techniques sur les violences sexuelles infligées aux enfants que doivent posséder les prestataires de services de santé et de services psychosociaux qui interviennent directement auprès d'enfants ayant subi des violences sexuelles. Pour fournir des soins de qualité, les prestataires de services doivent maîtriser les concepts clés concernant les violences sexuelles infligées aux enfants. C'est un outil de supervision du personnel destiné aux managers / superviseurs qui doit être utilisé de façon régulière avec le personnel fournissant directement des soins aux enfants et aux familles.

INSTRUCTIONS

- Cet outil de supervision doit être utilisé au cours d'un entretien verbal entre l'employé et son superviseur, dans un lieu calme et confidentiel.
- Le superviseur doit informer l'employé que cette évaluation est effectuée pour identifier les domaines dans lesquels ses compétences doivent être renforcées. Il ne s'agit pas d'un outil d'évaluation des performances. Le superviseur doit expliquer à l'employé qu'il obtiendra un score, qui permettra de déterminer son niveau de connaissances.
- Le CCS - KA est composé de 20 questions portant sur les connaissances clés concernant les violences sexuelles infligées aux enfants. Ces domaines de connaissance contiennent les informations essentielles que les travailleurs sociaux doivent maîtriser et être à même d'appliquer au cours de la gestion des cas.
- Le superviseur demande à l'employé de partager ses connaissances sur les 20 thèmes couverts par l'outil, et attribuera l'un des scores suivants à chaque question :
 - Niveau atteint :** l'employé est en mesure de répondre à la question correctement, et de façon exhaustive.
 - Niveau partiellement atteint :** l'employé est en mesure de fournir au minimum 50 % de la réponse. Par exemple, si la question est « Citez 4 signes et symptômes de violence sexuelle », et que la personne n'en cite que 2, elle obtient le score « Niveau partiellement atteint ».
 - Niveau non atteint :** l'employé n'est pas en mesure de répondre à la question.
- Une fois l'évaluation terminée, le superviseur attribue le score final ; il discute ensuite de ce score avec l'employé, ainsi que de sa signification, et détermine si un renforcement des compétences est nécessaire.

Effectuer l'évaluation

Domaine de connaissance	Critères d'une réponse correcte	Niveau atteint 2 pts	Niveau partiellement atteint, 1 pt	Niveau non atteint 0 pts
1. Donner une définition générale des violences sexuelles infligées aux enfants	L'employé doit citer sous ces points principaux pour obtenir le score le plus élevé : <ol style="list-style-type: none"> Être en mesure d'expliquer qui est considéré comme un enfant (un garçon ou une fille de moins de 18 ans) Évoquer l'utilisation du pouvoir à l'égard d'un enfant à des fins sexuelles. Il commencera certainement à décrire les actes spécifiques de violence sexuelle, que vous pouvez également comptabiliser pour noter la réponse ci-dessous. 			

1

LES CONNAISSANCES FONDAMENTALES SUR LES VIOLENCES SEXUELLES INFLIGÉES AUX ENFANTS

COMMENT EFFECTUER LE TEST CCS-KA

ÉTAPE N°1

Planifier un entretien d'évaluation entre le superviseur et l'employé(e) évalué(e). Cet entretien doit se dérouler dans un lieu calme et privé. Trente à 60 minutes sont nécessaires pour effectuer le test.

ÉTAPE N°2

Expliquer à la personne évaluée que :

- » l'évaluation a pour finalité de mesurer ses connaissances spécifiques sur les violences sexuelles infligées aux enfants, afin d'identifier les domaines dans lesquels une formation supplémentaire est nécessaire ;
- » elle ne sera pas pénalisée si elle ne réussit pas l'évaluation des compétences. Elle devra toutefois parfaire ses connaissances au fil du temps pour éviter d'éventuelles conséquences ;

Remarque : les superviseurs doivent mener ces entretiens d'évaluation dans une ambiance amicale, détendue et positive. Cela ne signifie pas que l'évaluation n'est pas prise au sérieux ; une approche chaleureuse et positive peut au contraire contribuer à apaiser la peur et la nervosité que peuvent ressentir les employés. Cet entretien n'est pas une évaluation des performances.

ÉTAPE N°3

Effectuer le test CCS-KA.

- » Le test CCS-KA comporte 20 questions sur les violences sexuelles infligées aux enfants. Le superviseur pose verbalement les questions à l'employé(e) évalué(e).

Corrigé du
test CCS-KA
(première page
de l'outil)

Effectuer l'évaluation				
Domaine de connaissance	Critères d'une réponse correcte	Niveau atteint 2 pts	Niveau partiellement atteint, 1 pt	Niveau non atteint 0 pts
1. Donnez une définition générale des violences sexuelles infligées aux enfants	L'employé doit citer tous ces points principaux pour obtenir le score le plus	1. Être en mesure d'expliquer qui est considéré comme un enfant (un garçon ou une fille de moins de 18 ans) 2. Évoquer l'utilisation du pouvoir à l'égard d'un enfant à des fins sexuelles. 3. <i>Il commencera certainement à décrire les actes spécifiques de violence sexuelle, que vous pouvez également</i>		

CONSEIL PRATIQUE

Le superviseur doit prendre connaissance des questions posées avant l'entretien d'évaluation, afin de faciliter le dialogue (tout en contrôlant les réponses aux questions spécifiques), et d'éviter un questions-réponses plus formel.



- » Après avoir posé les différentes questions sur les domaines de connaissance, le superviseur évalue la précision des réponses à l'aide du corrigé CCS-KA. Les réponses sont notées selon le barème suivant :
 - **niveau atteint (2 points)** : l'employé(e) fournit des réponses correctes et complètes ;
 - **niveau partiellement atteint (1 point)** : l'employé(e) est en mesure de fournir au moins 50 % de la réponse. Par exemple, si la question est « Citez quatre signes et symptômes d'abus sexuels », et que la personne ne peut en citer que deux, elle obtient la note « Niveau partiellement atteint » ;
 - **niveau non atteint (0 point)** : l'employé(e) n'est pas en mesure de répondre à la question ;
 - **REMARQUE** : une seule note est attribuée à chaque question. Le superviseur doit faire appel à son jugement et s'aider du corrigé pour attribuer la note finale.

ÉTAPE N°4

Calculer le résultat du test CCS-KA.

- » Au terme de l'entretien, le superviseur doit prendre 20 à 25 minutes pour calculer le score.
- » Le superviseur doit calculer le total de chaque colonne, puis additionner tous les totaux pour obtenir le score final.
 - **De 30 à 40 points – NIVEAU ATTEINT** : les scores compris dans cette fourchette indiquent que l'employé(e) possède les connaissances clés exigées, et peut travailler de façon indépendante auprès d'enfants et de familles, sous constante supervision.
 - **De 16 à 29 points – NIVEAU PARTIELLEMENT ATTEINT** : les scores compris dans cette fourchette indiquent que l'employé(e) doit suivre une formation supplémentaire pour acquérir des connaissances précises et complètes sur les violences sexuelles infligées aux enfants. Il/elle doit par ailleurs faire l'objet d'une étroite supervision s'il/elle traite déjà des cas de violences sexuelles infligées aux enfants. Un plan de renforcement des capacités doit également être mis en place. Celui-ci peut prévoir des sessions d'encadrement en face à face, des opportunités de formation supplémentaires, des séances d'observation des collègues, ou d'autres activités de renforcement des capacités.

1

LES CONNAISSANCES FONDAMENTALES SUR LES VIOLENCES SEXUELLES INFLIGÉES AUX ENFANTS

- **De 0 à 15 points – NIVEAU NON ATTEINT** : les scores compris dans cette fourchette indiquent que l'employé(e) ne possède pas suffisamment de connaissances pour travailler auprès d'enfants ayant subi des violences sexuelles. Un plan de renforcement des capacités doit être mis en place. Celui-ci peut prévoir des sessions d'encadrement en face à face, des opportunités de formation supplémentaires, des séances d'observation des collègues, ou d'autres activités de renforcement des capacités. Au terme de la formation complémentaire, le test CCS-KA doit être répété.

Notation du test CCS-KA (dernière page de l'outil)

Évaluation des connaissances – Instructions de notation : De 30 à 40 points : NIVEAU ATTEINT : les scores compris dans cette fourchette indiquent que l'employé possède les connaissances fondamentales exigées, et peut travailler de façon indépendante auprès d'enfants et de familles, sous supervision continue. De 16 à 29 points : NIVEAU PARTIELLEMENT ATTEINT : les scores compris dans cette fourchette indiquent que l'employé doit recevoir une formation supplémentaire pour acquérir des connaissances précises et complètes sur les violences sexuelles infligées aux enfants. L'employé doit faire l'objet d'une étroite supervision s'il travaille auprès d'enfants ayant subi des violences sexuelles. Un plan de renforcement des compétences doit également être mis en place. Celui-ci peut prévoir des sessions d'encadrement en face à face, des opportunités de formation supplémentaires, des séances d'observation des	Évaluation finale : _____ NIVEAU ATTEINT _____ NIVEAU PARTIELLEMENT ATTEINT _____ NIVEAU NON ATTEINT
---	---

ÉTAPE N°5

Discuter du score avec l'employé(e) évalué(e) :

- » Il est préférable de discuter du score final aussi tôt que possible afin que l'employé(e) n'ait pas à s'inquiéter de ses performances. Il est recommandé de communiquer le score à l'employé(e) immédiatement après l'entretien d'évaluation.
- » Revoyez les réponses correctes et incorrectes avec l'employé(e). Rassurez-le/la, et soulignez les domaines de connaissance qu'il/elle maîtrise bien. Répondez à ses éventuelles questions ; laissez-lui la possibilité de poser des questions et d'exprimer sa pensée et ses inquiétudes.
- » Élaborez un plan prévoyant une formation supplémentaire et un renforcement des capacités. Ce plan peut être inscrit sur la fiche du test CCS-KA, dont le superviseur et l'employé(e) peuvent conserver un exemplaire. Le superviseur doit archiver les résultats du test CCS-KA dans un dossier verrouillé, dans ses armoires personnelles, afin de protéger la vie privée de l'employé(e). Expliquez à l'employé(e) où sa fiche d'évaluation sera archivée ; expliquez-lui ses droits en matière de confidentialité, et assurez-vous qu'un plan a été mis en place s'il/elle ne possède pas totalement les compétences requises.

ASSURER UN SUIVI CONTINU

Après cette première évaluation, il est recommandé de renouveler le test CCS-KA tous les six mois, ou selon les besoins. Cela permet de déterminer si les connaissances du personnel évoluent au fil du temps, et si de nouveaux domaines ou de nouvelles informations peuvent être intégrés à l'outil d'évaluation. Par ailleurs, les prestataires de services peuvent initier leur propre démarche d'auto-apprentissage, une activité importante lorsque l'on est amené à gérer des cas aussi complexes que les cas de violences sexuelles infligées aux enfants.

L'OBSERVATION DIRECTE ET LA SUPERVISION

Outre le test d'évaluation structuré CCS-KA, les superviseurs doivent trouver des occasions d'observer le personnel interagir avec les enfants et les familles. L'observation directe leur permet en effet de constater de quelle façon un(e) employé(e) applique « en temps réel » ses connaissances sur les violences sexuelles infligées aux enfants. Les superviseurs peuvent non seulement contrôler la précision des informations, mais également observer les techniques utilisées par l'employé(e) pour communiquer efficacement les informations aux enfants et aux familles. Lorsque l'observation directe n'est pas envisageable, les superviseurs peuvent poser des questions spécifiques pour évaluer la façon dont les connaissances ont été appliquées au cours de la gestion des cas dans le cadre de leurs activités de supervision régulières.

CONCLUSION

Ce chapitre présente les principaux domaines de connaissance sur les violences sexuelles infligées aux enfants que doivent maîtriser les prestataires de services de santé et de services psychosociaux qui interviennent auprès d'enfants survivants. Lorsqu'ils possèdent des connaissances précises sur les violences sexuelles infligées aux enfants, les prestataires de services sont assurés de transmettre aux enfants et aux familles des informations basées sur des faits, et non sur des croyances ou opinions personnelles. Il est fondamental d'enseigner aux professionnels de la santé et du soutien psychosocial les notions clés sur les violences sexuelles infligées aux enfants, afin de leur permettre d'acquérir les compétences fondamentales requises pour fournir des services appropriés aux enfants survivants. Les enfants et les familles posent souvent des questions aux prestataires de services concernant la violence sexuelle ; il est donc important que ces derniers soient en mesure d'y répondre dans l'instant, et avec précision. Les domaines de connaissance et l'outil d'évaluation des compétences présentés dans ce chapitre contribueront à renforcer les capacités des prestataires de services en matière de violences sexuelles infligées aux enfants.

Outil de supervision

Évaluation des connaissances sur la prise en charge des enfants survivants (CCS-KA)

Date :

Nom de l'employé :

Superviseur :

Instructions pour procéder à l'évaluation

OBJET

Cet outil d'évaluation définit le niveau minimal de connaissances techniques sur les violences sexuelles infligées aux enfants que doivent posséder les prestataires de services de santé et de services psychosociaux qui interviennent directement auprès d'enfants ayant subi des violences sexuelles. Pour fournir des soins de qualité, les prestataires de services doivent maîtriser les concepts clés concernant les violences sexuelles infligées aux enfants. C'est un outil de supervision du personnel destiné aux managers / superviseurs qui doit être utilisé de façon régulière avec le personnel fournissant directement des soins aux enfants et aux familles.

INSTRUCTIONS

- (1) Cet outil de supervision doit être utilisé au cours d'un entretien verbal entre l'employé et son superviseur, dans un lieu calme et confidentiel.
- (2) Le superviseur doit informer l'employé que cette évaluation est effectuée pour identifier les domaines dans lesquels ses compétences doivent être renforcées. Il ne s'agit pas d'un outil d'évaluation des performances. Le superviseur doit expliquer à l'employé qu'il obtiendra un score, qui permettra de déterminer son niveau de connaissances.
- (3) Le CCS - KA est composé de 20 questions portant sur les connaissances clés concernant les violences sexuelles infligées aux enfants. Ces domaines de connaissance contiennent les informations essentielles que les travailleurs sociaux doivent maîtriser et être à même d'appliquer au cours de la gestion des cas.
- (4) Le superviseur demande à l'employé de partager ses connaissances sur les 20 thèmes couverts par l'outil, et attribuera l'un des scores suivants à chaque question :
 - **Niveau atteint** : l'employé est en mesure de répondre à la question correctement, et de façon exhaustive.
 - **Niveau partiellement atteint** : l'employé est en mesure de fournir **au minimum 50 %** de la réponse. Par exemple, si la question est « Citez 4 signes et symptômes de violence sexuelle », et que la personne n'en cite que 2, elle obtient le score « Niveau partiellement atteint ».
 - **Niveau non atteint** : l'employé n'est pas en mesure de répondre à la question.
- (5) Une fois l'évaluation terminée, le superviseur attribue le score final ; il discute ensuite de ce score avec l'employé, ainsi que de sa signification, et détermine si un renforcement des compétences est nécessaire.

Effectuer l'évaluation

Domaine de connaissance	Critères d'une réponse correcte	Niveau atteint 2 pts	Niveau partiellement atteint, 1 pt	Niveau non atteint 0 pts
1. Donnez une définition générale des violences sexuelles infligées aux enfants	L'employé doit citer tous ces points principaux pour obtenir le score le plus élevé : <ol style="list-style-type: none">1. Être en mesure d'expliquer qui est considéré comme un enfant (un garçon ou une fille de moins de 18 ans)2. Évoquer l'utilisation du pouvoir à l'égard d'un enfant à des fins sexuelles.3. <i>Il commencera certainement à décrire les actes spécifiques de violence sexuelle, que vous pouvez également comptabiliser pour noter la réponse ci-dessous.</i>			

2. Citez des exemples de violences sexuelles qui impliquent le toucher (contact)	L'employé doit citer au moins deux exemples pour obtenir le score le plus élevé :	<ol style="list-style-type: none"> Relation sexuelle anale, vaginale ou orale forcée. Atteintes sur les parties intimes d'un enfant (poitrine, fesses ou anus). Contraindre un enfant à toucher les parties intimes d'une tierce personne à des fins sexuelles. 			
3. Citez des exemples de violences sexuelles SANS toucher (sans contact)	L'employé doit citer au moins cinq exemples pour obtenir le score le plus élevé :	<ol style="list-style-type: none"> Contraindre un enfant à regarder des films à caractère sexuel, à lire des histoires ou à regarder des images à caractère sexuel Montrer ses parties intimes à un enfant à des fins sexuelles (par ex. se masturber devant un enfant). Prendre des photos d'un enfant dans des positions sexuelles. Faire intentionnellement un enfant regarder des actes sexuels Parler à un enfant dans des termes sexuels. Regarder un enfant se déshabiller ou se laver de façon inappropriée (lorsque la personne en est gratifiée sexuellement). 			
4. Quels sont les types de violence sexuelle les plus fréquents dans votre environnement de travail ?		<ol style="list-style-type: none"> La réponse à cette question doit être rédigée en fonction de votre contexte. 			
5. Expliquez qui sont les agresseurs potentiels	L'employé doit citer tous ces points principaux pour obtenir le score le plus élevé :	<ol style="list-style-type: none"> Les enfants sont le plus souvent agressés par des personnes qu'ils connaissent et en qui ils ont confiance. Les enfants peuvent infliger des violences sexuelles à d'autres enfants. Les violences sexuelles peuvent également être infligées par des personnes étrangères à l'enfant. Autre fait spécifique au contexte. 			
6. Citez les raisons pour lesquelles un enfant peut ne pas parler de l'abus sexuel	L'employé doit fournir au minimum 6 raisons pour obtenir le score le plus élevé :	<ol style="list-style-type: none"> La peur d'être blessé(e) La menace proférée par l'agresseur La peur d'être blâmé(e) / reproché(e) Le fait de ne pas savoir que l'incident était une violence sexuelle Le souhait de protéger la famille / les parents La peur et la honte La manipulation (recevoir quelque chose en échange de son silence). Autre raison spécifique à la population / au contexte culturel 			
7. Définissez la révélation directe et la révélation indirecte	L'employé doit mentionner les points suivants pour obtenir le score le plus élevé :	<ol style="list-style-type: none"> On parle de révélation directe lorsque l'enfant ayant subi les violences, ou les membres de la famille / les amis de l'enfant, parle(nt) directement des violences sexuelles. On parle de révélation indirecte lorsqu'une personne est témoin des violences sexuelles infligées à l'enfant, lorsque l'enfant contracte une maladie sexuellement transmissible ou lorsque la survivante tombe enceinte. 			
8. Pourquoi est-ce important de savoir comment les violences sexuelles ont été découvertes (c'est-à-dire révélées) pour la première fois ?	L'employé doit mentionner ces 3 points pour obtenir le score le plus élevé :	<ol style="list-style-type: none"> Pour savoir si l'enfant a ou non « consenti » à révéler les violences sexuelles. Pour savoir si l'enfant a déjà parlé des violences à quelqu'un, afin d'identifier cette personne comme une personne de confiance potentielle. Pour savoir si la principale personne qui s'occupe de l'enfant est au courant, car cela déterminera la façon dont les soins et le traitement seront coordonnés avec la famille. 			

9. Énumérez les signes et symptômes fréquents des abus sexuels chez les enfants âgés de 0 à 5 ans	L'employé doit citer au minimum 5 signes et symptômes pour obtenir le score le plus élevé :	<ol style="list-style-type: none"> 1. Les pleurs, les gémissements ou les cris inhabituels 2. Les tremblements, la peur 3. Le refus de se séparer des personnes qui s'occupent d'eux ; ils peuvent être plus attachés que d'habitude. 4. Le refus de quitter les lieux où ils se sentent en sécurité. 5. Les troubles du sommeil 6. Les problèmes de développement, par ex. la perte de la parole. 			
10. Énumérez les signes et symptômes fréquents des abus sexuels chez les enfants âgés de 6 à 10 ans	L'employé doit citer au minimum 6 signes et symptômes pour obtenir le score le plus élevé :	<ol style="list-style-type: none"> 1. La peur de personnes, de lieux ou d'activités spécifiques 2. Un comportement de bébé (par ex. faire pipi au lit, ou demander aux parents de les habiller) 3. Le refus d'aller à l'école 4. Se toucher très fréquemment les parties intimes 5. Le sentiment de tristesse 6. Les cauchemars (très mauvais rêves) ou les troubles du sommeil 7. L'isolement de la famille ou des amis 8. Les troubles de l'alimentation, par ex. ne pas vouloir manger ou vouloir constamment manger. 9. Autres réactions fréquentes dans la population / le contexte culturel. 			
11. Énumérez les signes et symptômes fréquents des abus sexuels chez les enfants âgés de 11 à 18 ans	L'employé doit citer au minimum 6 signes et symptômes pour obtenir le score le plus élevé :	<ol style="list-style-type: none"> 1. La dépression, la tristesse, les pleurs 2. Les cauchemars 3. Les problèmes à l'école (manque de concentration) 4. L'isolement des amis et l'abandon des activités communautaires 5. La colère et le comportement bagarreur 6. Penser constamment aux violences sexuelles, même lorsqu'ils n'en ont pas envie 7. Les troubles de l'alimentation (ne pas vouloir manger ou vouloir constamment manger) 8. Les pensées suicidaires ; les tentatives de suicide 9. Autres réactions fréquentes dans la population / le contexte culturel. 			

12. Quelles sont les répercussions sociales fréquentes des violences sexuelles chez un enfant ?	L'employé doit citer au minimum 4 répercussions pour obtenir le score le plus élevé :	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rejet par la famille et/ou la communauté 2. Reproches de la famille / la communauté 3. Stigmatisation et marginalisation 4. Catégorisation en tant que « mauvaise fille » ou « garçon homosexuel » 5. Autre raison inhérente à la culture 			
13. Quelles sont les conséquences fréquentes des violences sexuelles sur la santé de l'enfant ?	L'employé doit citer au minimum 8 conséquences pour obtenir le score le plus élevé :	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lésion (ecchymoses, fractures, lésions vaginales). 2. Maladie / infection. 3. Infections chroniques 4. Douleur chronique 5. Problèmes gastro-intestinaux 6. Troubles du sommeil 7. Grossesse non désirée 8. Avortement à risque 9. IST, dont le VIH 10. Troubles de la menstruation 11. Complications de grossesse 12. Troubles gynécologiques 			
14. Quels sont les quatre principales catégories de besoins d'un enfant immédiatement après une agression sexuelle ?	L'employé doit citer les 4 catégories pour obtenir le score le plus élevé :	<ol style="list-style-type: none"> 1. Besoins liés à la sécurité 2. Besoins médicaux 3. Besoins psychosociaux et 4. Besoins juridiques 			

15. Quelles sont les considérations particulières à prendre en compte lorsque le survivant est un garçon ?	L'employé doit citer ces 4 points pour obtenir le score le plus élevé :	<ol style="list-style-type: none"> 1. Les garçons peuvent être agressés sexuellement. 2. Les garçons peuvent avoir de plus grandes difficultés à révéler l'agression 3. Les garçons peuvent ressentir une profonde honte et/ou craindre de devenir homosexuel à cause de l'agression sexuelle 4. Autre point mentionné pertinent par rapport au contexte culturel. 			
16. Quels sont les facteurs qui peuvent aggraver les violences sexuelles ?	L'employé doit citer au minimum 5 facteurs pour obtenir le score le plus élevé :	<ol style="list-style-type: none"> 1. L'âge lors de l'agression 2. Le recours à la violence 3. La durée des violences (plus elles durent longtemps, plus la situation est grave) 4. Le lien entre l'enfant et l'agresseur (plus le lien est étroit, plus la situation est grave) 5. Ce qui s'est passé après l'agression (par ex. l'enfant a-t-il été cru et aidé ?) 			
17. Que ressentent souvent les personnes qui s'occupent de l'enfant après avoir découvert que celui-ci a subi des violences sexuelles ?	L'employé doit citer au minimum 5 des sentiments ci-contre pour obtenir le score le plus élevé :	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le sentiment d'être responsable de l'agression 2. La peur pour la santé et la sécurité de l'enfant. 3. La culpabilité et la honte 4. La colère à l'égard de l'enfant 5. L'incompréhension de l'enfant, par exemple, penser que l'enfant ment. 6. Autre réaction mentionnée pertinente par rapport au contexte culturel. 			
18. Quels facteurs peuvent aider l'enfant à faire face et à guérir ?	L'employé doit citer au minimum 5 facteurs pour obtenir le score le plus élevé :	<ol style="list-style-type: none"> 1. L'attention et une aide en temps utile 2. La famille, le soutien social et les soins 3. La capacité à poursuivre la scolarité et les autres activités auxquelles l'enfant participait avant l'agression 4. Les interventions psychosociales qui aident l'enfant à comprendre et gérer ses réactions par rapport à l'agression 5. Les capacités individuelles de l'enfant 6. Les croyances religieuses ou spirituelles 7. Autre facteur spécifique au contexte. 			
19. Pourquoi est-ce important que les autres prestataires de services et vous ayez des connaissances sur les violences sexuelles infligées aux enfants ?	L'employé doit citer au minimum 3 des raisons ci-contre pour obtenir le score le plus élevé :	<ol style="list-style-type: none"> 1. Car le rôle des travailleurs sociaux est de communiquer des informations exactes aux enfants et aux personnes qui s'occupent des enfants. 2. Pour sensibiliser la communauté avec précision sur les violences sexuelles infligées aux enfants. 3. Pour informer les enfants bénéficiaires et les membres de leur famille sur les violences sexuelles. 4. Pour aider l'enfant à comprendre ce qui lui est arrivé, et à valider ses expériences 			
20. QUESTION SUPPLEMENTAIRE A ADAPTER AU PROGRAMME NATIONAL					
TOTAL DES POINTS DES QUESTIONS 1 À 20					
SCORE TOTAL					

Évaluation des connaissances – Instructions de notation :

De 30 à 40 points : NIVEAU ATTEINT : les scores compris dans cette fourchette indiquent que l'employé possède les connaissances fondamentales exigées, et peut travailler de façon indépendante auprès d'enfants et de familles, sous supervision continue.

De 16 à 29 points : NIVEAU PARTIELLEMENT ATTEINT : les scores compris dans cette fourchette indiquent que l'employé doit recevoir une formation supplémentaire pour acquérir des connaissances précises et complètes sur les violences sexuelles infligées aux enfants. L'employé doit faire l'objet d'une étroite supervision s'il travaille auprès d'enfants ayant subi des violences sexuelles. Un plan de renforcement des compétences doit également être mis en place. Celui-ci peut prévoir des sessions d'encadrement en face à face, des opportunités de formation supplémentaires, des séances d'observation des collègues, ou d'autres activités de renforcement des capacités.

De 0 à 15 points : NIVEAU NON ATTEINT : les scores compris dans cette fourchette indiquent que l'employé ne possède pas encore des connaissances suffisantes pour travailler auprès d'enfants ayant subi des violences sexuelles. Un plan de renforcement des compétences doit également être mis en place. Celui-ci peut prévoir des sessions d'encadrement en face à face, des opportunités de formation supplémentaires, des séances d'observation des collègues, ou d'autres activités de renforcement des capacités. L'évaluation CCS -KA doit être de nouveau effectuée au terme de la formation supplémentaire.

Évaluation finale :

_____ **NIVEAU ATTEINT**

_____ **NIVEAU PARTIELLEMENT ATTEINT**

_____ **NIVEAU NON ATTEINT**

AUTRES OBSERVATIONS ET COMMENTAIRES (détaillez ici les observations directes que vous avez faites sur l'employé et qu'il est important d'inclure dans l'évaluation des connaissances).

PLAN DE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES DE L'EMPLOYÉ (si nécessaire)

SIGNATURE DU SUPERVISEUR _____

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ _____





Chapitre 2

LES ATTITUDES FAVORABLES AUX ENFANTS

Ce chapitre s'adresse aux prestataires de services de santé et de services psychosociaux.

CONTENU DE CE CHAPITRE

» Les attitudes favorables aux enfants.

OUTILS DE CE CHAPITRE

» Outil de supervision : l'échelle d'attitudes CCS.

APERÇU DU CHAPITRE

Ce chapitre décrit les principales attitudes favorables aux enfants qu'il est impératif d'adopter lorsque l'on travaille auprès d'enfants et de familles dans le cadre d'une intervention.³⁸ Cette section présente par ailleurs un outil de supervision, l'échelle d'attitudes CCS, conçu pour aider les superviseurs/responsables à évaluer les attitudes du personnel à l'égard des enfants, et plus particulièrement des enfants ayant subi des violences sexuelles.

³⁸ Certains prestataires de services spécifiques (professionnels de la santé et/ou du soutien psychosocial) doivent maîtriser des domaines de compétence supplémentaires, tel que souligné dans d'autres chapitres de ces directives.

« Ceux qui interviennent auprès des personnes ayant subi un viol ou des violences sexuelles doivent pouvoir faire la distinction entre un mythe et un fait. Les convictions et attitudes personnelles à propos du viol doivent être examinées et combattues. »

Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence, OMS

PRINCIPALES ATTITUDES À ADOPTER POUR INTERVENIR AUPRÈS D'ENFANTS AYANT SUBI DES VIOLENCES SEXUELLES

Dans les cas de violences sexuelles infligées aux enfants, l'attitude du prestataire de services (c'est-à-dire ses valeurs et ses croyances) peut avoir un impact direct sur la guérison et le rétablissement de l'enfant. Les recherches ont montré que la réaction de la personne qui vient en aide à l'enfant peut avoir une incidence positive ou négative.³⁹ Dans la mesure où ils jouent un rôle déterminant (positif ou négatif) dans le processus de guérison et de rétablissement des enfants, les prestataires de services doivent posséder de solides connaissances sur les attitudes positives à adopter avec les enfants, et plus spécifiquement les enfants ayant survécu à des violences sexuelles, pour les soigner avec bienveillance et ne pas leur porter préjudice. En termes simples, il est inacceptable, pour les prestataires de services, d'adopter des attitudes préjudiciables, car de telles attitudes peuvent entraver la guérison de toutes les personnes concernées.

Qui plus est, les prestataires de services sont en position d'éduquer les adultes qui jouent un rôle important et influent dans la vie d'un(e) enfant. Les adultes, et plus particulièrement les membres de la famille de l'enfant, doivent comprendre que ne pas croire un(e) enfant qui révèle avoir subi des violences sexuelles, ou le/la rendre responsable de telles violences, est préjudiciable pour l'enfant. Les prestataires de services doivent combattre ces attitudes et pratiques des adultes s'ils veulent amener ces derniers à comprendre l'enfant touché(e) et à lui manifester de l'empathie.

Il est donc impératif d'évaluer les attitudes du personnel qui prodigue des soins directs aux enfants pour veiller à ne pas aggraver le préjudice subi.

³⁹ Perry, B. (2007). *The boy who was raised as a dog: And other stories from a child psychiatrist's notebook: What traumatized children can teach us about loss, love, and healing.* New York : Basic Books.

LES PRINCIPAUX DOMAINES DE CONNAISSANCE SUR LES ATTITUDES FAVORABLES AUX ENFANTS

Les prestataires de services de santé et de soutien psychosocial doivent être aptes et déterminés à mettre en pratique les valeurs et croyances favorables aux enfants énumérées ci-après, et à s'assurer que des attitudes favorables aux enfants sont exprimées tout au long de la prise en charge. Les prestataires de services qui interviennent auprès d'enfants doivent défendre des valeurs fondamentales, et notamment reconnaître que :

- » Les enfants sont des individus résilients.
- » Les enfants ont des droits, notamment le droit à un développement équilibré.
- » Les enfants ont le droit d'être entourés, aimés et soutenus.
- » Les enfants ont le droit d'être entendus et impliqués dans les décisions qui les concernent. Leurs pensées et sentiments doivent être pris au sérieux. Les enfants ont le droit à une vie sans violence.
- » Les informations doivent être communiquées aux enfants dans des termes qu'ils comprennent.

Par ailleurs, les prestataires de services doivent impérativement partager certaines convictions spécifiques lorsqu'ils travaillent auprès d'enfants survivants, notamment :

- » Les enfants disent la vérité sur la violence sexuelle.
- » Les enfants ne sont pas responsables des violences sexuelles subies.
- » Les enfants peuvent guérir et se remettre des sévices sexuels.
- » Les enfants ne doivent pas être stigmatisés, couverts de honte ou ridiculisés parce qu'ils ont subi des violences sexuelles.
- » Les adultes, et notamment les personnes qui s'occupent des enfants et les prestataires de services, ont pour responsabilité d'aider les enfants à guérir en croyant ce que ces derniers leur disent et en ne leur reprochant pas les violences sexuelles.

Cette liste de valeurs et croyances favorables aux enfants n'est certainement pas exhaustive ; elle reprend néanmoins les valeurs et croyances fondamentales auxquelles doivent adhérer les adultes qui interviennent auprès d'enfants. Les compétences et connaissances ne sont d'aucune utilité si elles ne sont pas appliquées avec bienveillance et compassion ; c'est là que les attitudes individuelles entrent en jeu.

Il est important de retenir que la culture et les normes sociétales ont une incidence directe sur les attitudes des prestataires de services. Les superviseurs doivent être conscients que les croyances et valeurs ne sont pas toujours conformes aux normes les plus strictes à respecter pour aider les enfants survivants à guérir et se rétablir. Faire évoluer les attitudes traditionnelles est un véritable processus, qui doit être initié dans un environnement positif ; il peut s'avérer nécessaire de demander à certaines personnes de ne pas intervenir directement auprès d'enfants tant qu'elles n'adhèrent pas aux valeurs et croyances fondamentales décrites dans ce chapitre.

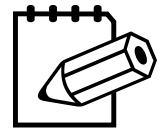
ÉVALUER ET CONTRÔLER LES ATTITUDES CLÉS

Les prestataires de services de santé et de soutien psychosocial doivent se soumettre à un test d'évaluation des attitudes avant d'être habilités à travailler directement auprès d'enfants et de familles. Les superviseurs peuvent utiliser le test d'évaluation des attitudes personnelles comme un outil de développement des ressources humaines afin de veiller à ce que le personnel adhère aux valeurs et croyances qui aideront les enfants et les familles à se remettre des violences sexuelles. Il appartient aux superviseurs et aux directeurs de programme de veiller à la qualité des soins dispensés ; aussi des mesures doivent-elles être prises lorsque les attitudes négatives d'un(e) employé(e) affectent le bien-être d'un(e) enfant.

Il existe plusieurs méthodes pour évaluer les attitudes du personnel, dont deux spécifiquement recommandées :

1. utiliser l'échelle d'attitudes CCS pour évaluer les croyances et valeurs des employés ;
2. observer directement le personnel au cours de la prestation de services et fournir des commentaires à partir d'exemples de bonnes et mauvaises pratiques au cours d'un entretien de supervision individuel ou en groupe.

OUTIL DE SUPERVISION : L'ÉCHELLE D'ATTITUDES CCS



L'échelle d'attitudes CCS (CCS Attitude Scale) est un outil destiné aux superviseurs qui permet d'évaluer les attitudes du personnel offrant une assistance directe aux enfants victimes de violences sexuelles. L'échelle d'attitudes CCS comporte 14 affirmations sur les violences sexuelles infligées aux enfants, qui visent à évaluer les valeurs et croyances personnelles des employés. S'il y a lieu, des compétences et/ou questions supplémentaires peuvent être ajoutées afin de mieux refléter les valeurs, attitudes et croyances observées dans un contexte donné. L'échelle d'attitudes CCS permet de déterminer si un individu a les attitudes requises pour travailler directement auprès d'enfants, et souligne parallèlement les domaines spécifiques dans lesquels une future formation ou sensibilisation est nécessaire.

La version intégrale de cet outil est fournie en fin de chapitre

Outil de supervision : L'échelle d'attitudes CCS

Date : _____ Superviseur : _____
 Nom de l'employé : _____

Objet et instructions

OBJET : Pour fournir aux enfants et familles confrontés à la violence sexuelle des soins de qualité, centrés sur les points forts des bénéficiaires et favorisant l'autonomisation de ces derniers, les prestataires de services doivent reconnaître et s'engager à respecter certaines vérités dès le début de leur travail auprès des enfants. Le personnel doit exprimer des croyances et attitudes favorables aux enfants concernant la violence sexuelle, afin de dispenser de façon efficace des soins et un traitement bienveillants et appropriés aux enfants survivants.

INSTRUCTIONS :

- Il s'agit d'un test d'auto-évaluation. Autrement dit, le superviseur remet le test d'évaluation des attitudes CCS à l'employé intervenant directement auprès d'enfants survivants. Celui-ci répond au questionnaire, puis le retourne au superviseur une fois terminé.
- Il convient d'expliquer à l'employé qu'il doit compléter le questionnaire seul, et répondre aux questions avec la plus grande honnêteté.
- L'échelle d'attitudes CCS comporte 14 questions visant à identifier les sentiments et croyances sous-jacents d'un individu concernant les enfants et la violence sexuelle. L'employé indique dans quelle mesure il est d'accord ou n'est pas d'accord avec les différentes affirmations, en attribuant une note de 1 à 4.
- Le personnel doit effectuer cette évaluation APRÈS avoir reçu une formation sur les violences sexuelles infligées aux enfants, et AVANT de commencer à travailler directement auprès d'enfants. L'évaluation doit être effectuée de façon régulière pour mesurer les éventuels changements d'attitudes et de croyances du personnel qui travaille auprès des enfants survivants.

REMARQUE : Cet outil d'évaluation n'est pas le seul moyen dont disposent les superviseurs pour contrôler l'attitude et le comportement du personnel qui intervient auprès des enfants survivants. Les superviseurs doivent également observer des sessions de soutien psychosocial avec les enfants afin d'évaluer la capacité du personnel à manifester des attitudes favorables à la guérison des enfants.

Affirmations	Score individuel			
	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
1. Les enfants ont quelque chose à offrir à la communauté.	4	3	2	1
2. L'enfant peut être responsable des violences sexuelles qu'il a subies.	1	2	3	4
3. Les enfants doivent garder le silence et ne pas parler des violences sexuelles.	1	2	3	4
4. L'agresseur est toujours responsable des violences sexuelles.	4	3	2	1
5. Les enfants agressés sexuellement sont souillés et détruits.	1	2	3	4
6. Il est de ma responsabilité de tenir les adultes et les personnes qui s'occupent des enfants responsables lorsqu'ils blâment les enfants ayant subi des violences sexuelles.	4	3	2	1
7. L'homosexualité n'est pas une conséquence de la violence sexuelle.	4	3	2	1
8. Il est parfois acceptable d'engendrer un sentiment de honte chez l'enfant et de le stigmatiser après des violences sexuelles.	1	2	3	4
9. Il est de mon devoir de croire et d'aider les enfants ayant subi des violences sexuelles, quoi qu'en pense la communauté.	4	3	2	1
10. Un enfant peut sciemment mentir concernant des violences sexuelles.	1	2	3	4
11. Les enfants peuvent être agressés sexuellement par un parent proche.	4	3	2	1
12. Les enfants méritent d'être traités avec gentillesse, de bénéficier d'un soutien et de recevoir des soins après des violences sexuelles ; c'est ma responsabilité.	4	3	2	1
13. Je me dois d'être conscient(e) de mes propres croyances et valeurs à propos de la violence sexuelle, et de discuter avec mon superviseur si j'estime que je blâme ou juge les enfants.	4	3	2	1
14. Les enfants ayant subi des violences sexuelles NE peuvent PAS guérir et retrouver une vie normale.	1	2	3	4

A l'attention du superviseur : calculez le total des points de chaque colonne, puis additionnez les résultats pour obtenir le SCORE TOTAL.

SCORE TOTAL : _____

QUAND EFFECTUER CE TEST ?

Ce test peut être associé au test d'évaluation des connaissances CCS (CCS – KA). Idéalement, l'évaluation des attitudes CCS doit être effectuée avant que le personnel commence à travailler auprès d'enfants survivants.

COMMENT PROCÉDER ?

ÉTAPE N°1

Choisir un lieu privé et confortable, et accorder au minimum 30 minutes à la personne pour effectuer l'évaluation personnelle. L'évaluation des attitudes CCS ne doit pas être effectuée sous la forme d'un devoir à la maison, ni dans des conditions permettant de consulter d'autres personnes. Il s'agit d'une évaluation personnelle.

ÉTAPE N°2

Expliquer l'objectif de cette évaluation. Les superviseurs doivent clairement expliquer au personnel que cette évaluation vise à mieux comprendre leurs croyances et sentiments personnels concernant la violence sexuelle. Il convient de souligner que toutes les réponses doivent être honnêtes et refléter l'opinion de l'employé(e), et que l'échelle d'attitudes CCS est un outil permettant d'identifier les domaines dans lesquels un encadrement et un perfectionnement supplémentaires peuvent être bénéfiques.

ÉTAPE N°3

Expliquer comment procéder. L'échelle d'attitudes CCS comporte 14 affirmations visant à identifier les attitudes sous-jacentes d'un individu (c'est-à-dire ses sentiments et ses croyances) concernant les enfants et la violence sexuelle. L'employé(e) évalué(e) doit indiquer dans quelle mesure il/elle est d'accord ou n'est pas d'accord avec une affirmation, en attribuant une note de 1 à 4.

ÉTAPE N°4

Demander à l'employé(e) de compléter l'échelle d'attitudes CCS dans un lieu calme et confortable.

ÉTAPE N°5

Noter l'échelle d'attitudes CCS. Chaque question a été formulée de façon à ce que les réponses puissent être comprises entre 1 (pas du tout d'accord) et 4 (tout à fait d'accord). Directives pour interpréter les scores :

- » **De 56 à 46 points** : les scores compris dans cette fourchette indiquent que l'employé(e) a une attitude favorable aux enfants ; il/elle a des croyances et valeurs positives qui lui permettent de travailler auprès d'enfants.

- » **De 45 à 35 points** : les scores compris dans cette fourchette indiquent que l'employé(e) a quelques attitudes troublantes qui peuvent être préjudiciables aux enfants. Il appartient aux responsables et superviseurs de déterminer s'ils autorisent ou non l'employé(e) à travailler auprès d'enfants ayant subi des violences sexuelles ; ils peuvent envisager « d'encadrer » l'employé(e) avant de le/la laisser travailler de façon indépendante auprès d'enfants survivants.
- » **34 points et en-deçà** : les scores compris dans cette fourchette indiquent que l'employé(e) n'est pas prêt(e) à travailler auprès d'enfants ayant subi des violences sexuelles. Les responsables et superviseurs doivent travailler de façon indépendante avec les personnes qui obtiennent un score inférieur à 34 afin de combattre les croyances et attitudes négatives et définir des mesures correctives.

ÉTAPE N°6

Expliquer les résultats. Les superviseurs doivent communiquer le score à l'employé(e) dans les meilleurs délais afin de ne pas le/la laisser s'inquiéter de ses performances. Quelques conseils :

- » demandez un délai de 20 à 25 minutes après la réalisation de l'évaluation pour calculer le score ;
- » examinez les résultats avec l'employé(e) et discutez des éventuelles attitudes troublantes détectées au cours de l'auto-évaluation.

Si l'employé(e) ne possède pas, ou ne possède que partiellement les attitudes requises pour travailler auprès d'enfants survivants, discutez avec lui/elle afin de savoir s'il/elle se sent prêt(e) à travailler auprès d'enfants bénéficiaires avant d'engager une réflexion personnelle/de bénéficiaire d'une formation supplémentaire. Il peut ne pas être indiqué de laisser l'employé(e) travailler auprès d'enfants tant qu'il/elle n'a pas initié une réflexion personnelle sur les valeurs et/ou croyances préjudiciables découvertes au cours de l'évaluation des attitudes. Lorsque ce cas de figure se présente, les superviseurs doivent mener cette conversation avec prudence et délicatesse. Dans certains contextes, il peut s'avérer nécessaire de discuter préalablement de ces résultats avec un supérieur pour déterminer comment mener la conversation.

CONTRÔLER LES ATTITUDES

L'évaluation des attitudes CCS doit être effectuée avant que l'employé(e) ne commence à travailler auprès d'enfants ayant subi des violences sexuelles. Après cette première évaluation, les superviseurs doivent resoumettre le questionnaire ou tout autre outil d'évaluation des attitudes mis au point dans le contexte donné. Cela permet de déterminer si les attitudes des prestataires de services évoluent, dans le bon ou le mauvais sens. Les prestataires de services peuvent ainsi initier leur propre démarche d'auto-sensibilisation lorsqu'ils traitent de cas aussi complexes que les cas de violences sexuelles infligées aux enfants.

Outil de supervision : L'échelle d'attitudes CCS

Date :

Superviseur :

Nom de l'employé :

Objet et instructions

OBJET : Pour fournir aux enfants et familles confrontés à la violence sexuelle des soins de qualité, centrés sur les points forts des bénéficiaires et favorisant l'autonomisation de ces derniers, les prestataires de services doivent reconnaître et s'engager à respecter certaines vérités dès le début de leur travail auprès des enfants. Le personnel doit exprimer des croyances et attitudes favorables aux enfants concernant la violence sexuelle, afin de dispenser de façon efficace des soins et un traitement bienveillants et appropriés aux enfants survivants.

INSTRUCTIONS :

- 1) Il s'agit d'un test d'auto-évaluation. Autrement dit, le superviseur remet le test d'évaluation des attitudes CCS à l'employé intervenant directement auprès d'enfants survivants. Celui-ci répond au questionnaire, puis le retourne au superviseur une fois terminé.
- 2) Il convient d'expliquer à l'employé qu'il doit compléter le questionnaire seul, et répondre aux questions avec la plus grande honnêteté.
- 3) L'échelle d'attitudes CCS comporte 14 questions visant à identifier les sentiments et croyances sous-jacents d'un individu concernant les enfants et la violence sexuelle. L'employé indique dans quelle mesure il est d'accord ou n'est pas d'accord avec les différentes affirmations, en attribuant une note de 1 à 4.
- 4) Le personnel doit effectuer cette évaluation APRÈS avoir reçu une formation sur les violences sexuelles infligées aux enfants, et AVANT de commencer à travailler directement auprès d'enfants. L'évaluation doit être effectuée de façon régulière pour mesurer les éventuels changements d'attitudes et de croyances du personnel qui travaille auprès des enfants survivants.

REMARQUE : Cet outil d'évaluation n'est pas le seul moyen dont disposent les superviseurs pour contrôler l'attitude et le comportement du personnel qui intervient auprès des enfants survivants. Les superviseurs doivent également observer des sessions de soutien psychosocial avec les enfants afin d'évaluer la capacité du personnel à manifester des attitudes favorables à la guérison des enfants.

Affirmations	Score individuel			
	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
1. Les enfants ont quelque chose à offrir à la communauté.	4	3	2	1
2. L'enfant peut être responsable des violences sexuelles qu'il a subies.	1	2	3	4
3. Les enfants doivent garder le silence et ne pas parler des violences sexuelles.	1	2	3	4
4. L'agresseur est toujours responsable des violences sexuelles.	4	3	2	1
5. Les enfants agressés sexuellement sont souillés et détruits.	1	2	3	4
6. Il est de ma responsabilité de tenir les adultes et les personnes qui s'occupent des enfants responsables lorsqu'ils blâment les enfants ayant subi des violences sexuelles.	4	3	2	1
7. L'homosexualité <u>n'est pas</u> une conséquence de la violence sexuelle.	4	3	2	1
8. Il est parfois acceptable d'engendrer un sentiment de honte chez l'enfant et de le stigmatiser après des violences sexuelles.	1	2	3	4
9. Il est de mon devoir de croire et aider les enfants ayant subi des violences sexuelles, quoi qu'en pense la communauté.	4	3	2	1
10. Un enfant peut sciemment mentir concernant des violences sexuelles.	1	2	3	4
11. Les enfants peuvent être agressés sexuellement par un parent proche.	4	3	2	1
12. Les enfants méritent d'être traités avec gentillesse, de bénéficier d'un soutien et de recevoir des soins après des violences sexuelles ; c'est ma responsabilité.	4	3	2	1
13. Je me dois d'être conscient(e) de mes propres croyances et valeurs à propos de la violence sexuelle, et de discuter avec mon superviseur si j'estime que je blâme ou juge les enfants.	4	3	2	1
14. Les enfants ayant subi des violences sexuelles NE peuvent PAS guérir et retrouver une vie normale.	1	2	3	4
A l'attention du superviseur : calculez le total des points de chaque colonne, puis additionnez les résultats pour obtenir le SCORE TOTAL.				
	SCORE TOTAL			





Chapitre 3

COMPÉTENCES CLÉS : INTERAGIR ET COMMUNIQUER AVEC LES ENFANTS SURVIVANTS

Ce chapitre s'adresse aux prestataires de services de santé et de services psychosociaux.

CONTENU DE CE CHAPITRE

- » Meilleures pratiques pour communiquer avec les enfants survivants
- » Lignes directrices pour discuter des sévices sexuels avec les enfants survivants
- » Techniques de communication verbales et non verbales
- » Stratégies pour résoudre les problèmes de communication fréquents

OUTILS DE CETTE SECTION

- » Outil de supervision : Test d'évaluation des compétences en communication CCS (CCS-CA)

APERÇU DU CHAPITRE

Ce chapitre s'adresse aux prestataires de services de santé et de services psychosociaux qui travaillent auprès d'enfants et de familles confrontés à la violence sexuelle. Il présente les meilleures pratiques pour communiquer et interagir avec les enfants ayant subi des violences sexuelles, et explique également, étape par étape, comment mener un entretien avec un(e) enfant bénéficiaire pour discuter des violences sexuelles qu'il/elle a subies. Les prestataires de services doivent avoir reçu une formation spécialisée sur la communication centrée sur l'enfant pour assurer une prise en charge efficace des enfants survivants. Dans le cadre de leur travail, qu'ils soient professionnels de la santé ou assistants psychosociaux, ils sont tenus de fournir des informations aux enfants de façon efficace.

ÉTABLIR UNE RELATION D'AIDE GRÂCE À DES STRATÉGIES DE COMMUNICATION RASSURANTES ET RÉCONFORTANTES

RELATION D'AIDE

L'objectif de la communication entre un prestataire de services et un enfant est d'établir une **relation d'aide** rassurante et réconfortante, basée sur la confiance, qui permet à l'enfant et aux personnes qui s'occupent de lui de se sentir entourés et respectés par le prestataire de services. Chaque entretien avec l'enfant survivant et les membres de sa famille est l'occasion, pour le prestataire de services, de renforcer cette relation d'aide.

Il est fondamental de posséder des compétences en communication efficaces pour prodiguer des soins de qualité. Le prestataire, pour fournir des services efficaces et compatissants, doit avoir les connaissances, les attitudes et les compétences appropriées pour communiquer aux enfants un sentiment de confiance, de réconfort et d'attention. C'est grâce au processus dynamique de communication (verbale et non verbale) que des relations positives et utiles peuvent être nouées, et que la guérison peut commencer. Des données⁴⁰ révèlent que les prestataires de services de santé et de services psychosociaux peuvent influencer sur la guérison d'un(e) enfant par leurs réactions, c'est-à-dire leurs mots et leur façon de s'exprimer, lorsqu'il/elle révèle avoir subi des violences sexuelles. À titre d'exemple, lorsqu'un(e) enfant révèle avoir subi des violences sexuelles, et perçoit qu'il/elle est tenu(e) responsable de l'agression par le prestataire de services, il/elle peut ressentir une honte, une anxiété et une tristesse plus profondes. Il/elle peut par conséquent refuser de fournir davantage d'informations, voire même totalement nier les violences lors des entretiens ultérieurs, parce qu'il/elle ne se sent pas en sécurité. En revanche, lorsque le prestataire de services montre immédiatement à l'enfant qu'il le/la croie et se soucie de lui/elle, et lui manifeste de l'empathie, l'enfant bénéficiaire peut être disposé(e) à communiquer davantage, ce qui aide le prestataire à prodiguer des soins et un traitement appropriés.

⁴⁰ Perry, B. *The Boy Who Was Raised as a Dog, and Other Stories from a Child Psychiatrist's Notebook: What Traumatized Children Can Teach Us About Loss, Love, and Healing*. New York : Basic Books, 2007.

On pense souvent à tort que les enfants (dès l'âge de six ans environ) sont trop jeunes pour comprendre ce qui se passe autour d'eux, ou pour être affectés par des expériences dangereuses ou douloureuses, telles que la violence sexuelle. Les enfants ayant subi de telles violences peuvent avoir de grandes difficultés à discuter de ce qu'ils ont vécu avec d'autres personnes. Certains ont du mal à faire confiance aux adultes, et en particulier à ceux qu'ils ne connaissent pas bien ; d'autres ont peur d'être submergés par leurs émotions s'ils les expriment à un adulte ; d'autres encore peuvent adopter des comportements spécifiques pour « tester » les adultes et tâcher de savoir s'ils réagiront de façon critique ou bienveillante à leur égard. Les enfants peuvent par exemple refuser de parler, ou réagir de façon véhémement (en criant ou en hurlant) lorsqu'on leur pose des questions.

Il est fondamental de pouvoir communiquer efficacement avec les enfants pour échanger des informations, mais aussi promouvoir la communication et protéger et aider ces enfants. En transmettant des informations précises et exactes, les prestataires de services peuvent responsabiliser les enfants, et faciliter leur implication dans le processus décisionnel qui doit suivre. Chez les très jeunes enfants, et/ou les enfants dans l'incapacité de communiquer aisément, les spécialistes de la protection de l'enfance conseillent de faire appel à des experts formés pour évaluer les enfants et leur situation afin de déterminer quelle est la stratégie d'intervention la plus adaptée.

Comme nous l'avons souligné dans le chapitre 1, certains enfants se sentent coupables ou honteux d'avoir subi des violences sexuelles, notamment lorsqu'ils se sentent en quelque sorte responsables de ce qui leur est arrivé ; il leur est donc particulièrement difficile de parler de leur expérience. La communication, qui doit être efficace et bienveillante, fait partie intégrante de la prise en charge centrée sur l'enfant, et permet en outre d'aider ce dernier/cette dernière à surmonter psychologiquement le traumatisme associé aux violences sexuelles. Les prestataires de services peuvent favoriser la guérison des enfants survivants en choisissant simplement une méthode adaptée pour communiquer avec eux. Par exemple, un travailleur social qui exprime clairement le fait qu'il croit l'enfant, que l'enfant n'est pas responsable des violences sexuelles, et qu'il/elle a bien fait de révéler les violences, assure une intervention psychosociale fondamentale : il croit et valide les dires de l'enfant.



Photo : Abigail Erikson/IRC

MEILLEURES PRATIQUES POUR COMMUNIQUER AVEC LES ENFANTS SURVIVANTS

Les prestataires de services de santé et de services psychosociaux qui interviennent dans les cas de violences sexuelles infligées aux enfants doivent respecter les meilleures pratiques suivantes lorsqu'ils travaillent auprès d'enfants survivants. Si les techniques de communication doivent être adaptées à l'âge et au niveau de développement d'un(e) enfant, les principes de communication clés décrits ci-après doivent orienter toute communication, indépendamment de l'âge et du sexe de l'enfant, ou du contexte culturel dans lequel il/elle évolue. Ils peuvent être appliqués à plusieurs types d'entretiens/contextes de communication, notamment :

- » les entretiens médico-légaux effectués par les professionnels de la santé ou la police ;
- » les entretiens médicaux effectués par les professionnels de la santé ;
- » et les entretiens d'admission et d'évaluation des enfants effectués par les travailleurs sociaux.

Tous les prestataires de services amenés à s'entretenir avec des enfants ayant subi des violences sexuelles doivent appliquer ces directives, quel que soit l'objet de la communication, afin de veiller à ce que les enfants ne soient pas davantage traumatisés au cours de leurs échanges avec les prestataires de services.⁴¹

⁴¹ Il existe des directives plus spécifiques sur les entretiens médico-légaux destinées aux intervenants issus des domaines de l'application de la loi et de la santé. Le personnel doit les connaître et les appliquer, s'il y a lieu. Ces directives concernent plus particulièrement les prestataires de services qui réalisent les entretiens d'admission et d'évaluation dans le contexte de la gestion des cas et de la prise en charge médicale.

1. Être encourageant, rassurant et positif

Les enfants ayant subi des violences sexuelles vous seront très certainement adressés par une personne qui s'occupent d'eux ou un autre adulte ; il est rare qu'ils cherchent d'eux-mêmes à obtenir de l'aide. Ils peuvent ne pas comprendre ce qui leur arrive, ou ressentir de la peur, de la gêne ou de la honte à propos des violences, ce qui peut affecter leur volonté de parler avec les prestataires de services, ou leur capacité à le faire. Votre première réaction influe sur leur sentiment de sécurité et leur volonté de parler, ainsi que sur leur bien-être psychologique. Une réaction positive et encourageante aidera l'enfant à se sentir mieux, alors qu'une réaction négative (par exemple ne pas croire l'enfant ou manifester de la colère à son égard) peut aggraver le traumatisme.

2. Rassurer l'enfant

Les enfants ont besoin d'entendre qu'ils ne sont pas responsables de ce qui s'est produit, et que l'on croit ce qu'ils disent. Leurs révélations sont rarement mensongères ; les prestataires de services doivent faire tout leur possible pour les encourager à raconter leur expérience. Il est fondamental de leur dire des phrases réconfortantes, telles que « je te crois », ou « ce n'est pas de ta faute », dès le début de la révélation, ainsi que tout au long de la prise en charge et du traitement.

Les prestataires de services directs qui s'entretiennent avec les enfants survivants doivent trouver des occasions de leur dire qu'ils sont courageux de parler des violences qu'ils ont subies, et qu'ils ne sont pas fautifs. Ils doivent impérativement dire aux enfants qu'ils ne sont pas responsables des abus, et souligner qu'ils sont là pour les aider à démarrer le processus de guérison.

3. NE PAS nuire – Veiller à ne pas aggraver le traumatisme

Les prestataires de services doivent veiller à éviter toute interaction susceptible d'angoisser ou de traumatiser davantage les enfants. Ne manifestez pas de colère à leur égard, ne les contraignez pas à répondre à une question à laquelle ils ne sont pas prêts à répondre, ne les forcez pas à parler des violences sexuelles tant qu'ils ne sont pas prêts à le faire, et ne leur demandez pas de répéter leur récit plusieurs fois, à des personnes différentes. Le personnel doit s'efforcer de limiter les activités et interactions qui angoissent les enfants.

PHRASES RÉCONFORTANTES

« Je te crois. »

INSTAURER LA CONFIANCE

« Je suis content(e) que tu m'en aies parlé. »

NOUER UN LIEN AVEC L'ENFANT

« Je suis désolé(e) de ce qui t'es arrivé. »

EXPRIMER DE L'EMPATHIE

« Ce n'est pas de ta faute. »

DÉCULPABILISER

« Tu es très courageux(se) de m'en avoir parlé ; nous allons essayer de t'aider. »

RASSURER ET RESPONSABILISER

4. Se faire comprendre des enfants

Les prestataires de services doivent faire tout leur possible pour communiquer de façon appropriée avec les enfants ; les informations doivent leur être présentées de façon adaptée, dans des termes qu'ils comprennent, en fonction de leur âge et de leur niveau de développement.

5. Aider l'enfant à se sentir en sécurité

Trouvez un lieu sûr, c'est-à-dire un lieu privé, calme et éloigné de tout danger potentiel. Offrez aux enfants la possibilité d'être ou non accompagnés d'un adulte de confiance pendant votre entretien. Ne forcez pas un(e) enfant à parler à une personne, ou devant une personne, dont il/elle semble se méfier. Ne faites pas participer à l'entretien la personne soupçonnée d'avoir agressé l'enfant. Dites la vérité à l'enfant, même si cela est difficile sur le plan émotionnel. Si vous ignorez la réponse à une question, dites-lui « Je ne sais pas ». L'honnêteté et l'ouverture sont les fondements de la confiance, et aident l'enfant à se sentir en sécurité.

6. Expliquer à l'enfant les raisons de l'entrevue

À chaque fois qu'un prestataire de services prend place pour communiquer avec un(e) enfant bénéficiaire, il doit prendre le temps de lui expliquer l'objet de l'entrevue. Il est important de lui de lui indiquer pourquoi le prestataire de services veut discuter avec lui/elle, et les questions qui lui seront posées, ainsi qu'à la personne qui s'occupe de lui/elle. À chaque étape du processus, expliquez aux enfants ce qui est effectué pour garantir leur bien-être physique et émotionnel.

7. Faire intervenir les personnes adéquates

En principe, seules des femmes (prestataires de services et interprètes) doivent s'entretenir avec les filles à propos des violences sexuelles. Les garçons survivants, quant à eux, doivent pouvoir choisir, dans la mesure du possible, de s'entretenir avec un prestataire de services de sexe masculin ou de sexe féminin, car certains seront plus à l'aise avec une femme. L'idéal est de demander à l'enfant quelle est sa préférence, entre un prestataire formé de sexe masculin ou de sexe féminin.

8. Être attentif à la communication non verbale

Il est important, lors de toute interaction, d'être attentif à la communication non verbale, non seulement celle de l'enfant, mais également la sienne. Les enfants peuvent manifester leur angoisse en criant, en tremblant ou en cachant leur visage, ou encore en changeant de posture. Lorsqu'un(e) enfant se recroqueville, par exemple, l'adulte qui travaille avec lui/elle doit conclure qu'il est nécessaire de faire une pause, voire de cesser l'entrevue. Les adultes ont également recours à la communication non verbale. Si votre corps est tendu, ou si vous semblez désintéressé par le récit de l'enfant, il/elle pourra interpréter votre comportement non verbal de façon négative, ce qui minera sa confiance et sa volonté de parler.



©UNICEF/Giacomo Pirozzi, Liberia, 2007

9. Respecter les opinions, les croyances et les pensées de l'enfant

Les enfants ont le droit d'exprimer leurs opinions, leurs croyances et leurs pensées sur ce qui leur est arrivé, ainsi que sur les décisions prises en leur nom. Les prestataires de services se doivent d'expliquer aux enfants qu'ils ont le droit de partager (ou de ne pas partager) leurs pensées et opinions. Responsabilisez l'enfant afin qu'il/elle puisse contrôler ce qui se passe pendant les échanges. Il/elle doit être libre de répondre « Je ne sais pas », ou de mettre un terme à l'entretien s'il/elle est bouleversé(e). L'enfant a non seulement le droit de participer, mais également le droit de ne pas participer.

DISCUTER DES VIOLENCES SEXUELLES AVEC LES ENFANTS SURVIVANTS

La violence sexuelle peut être une expérience traumatique pour les enfants ; le fait de discuter des violences subies peut faire surgir des sentiments et émotions que l'enfant a ressentis au cours de l'agression. Les prestataires de services doivent en être conscients, et mener les conversations sur les violences sexuelles avec une grande délicatesse. Les prestataires de services doivent s'entretenir avec les garçons et les filles à propos des violences qu'ils ont subies pour comprendre ce qui s'est passé, et orienter les soins et le traitement.⁴² Souvent, les

⁴² Il a été montré que la pratique des entretiens multiples provoque un traumatisme supplémentaire chez les enfants survivants. Dans le Chapitre 7 : Recommandations pour la coordination des cas de violence sexuelle, nous formulons des suggestions pour aider les prestataires de services à coordonner au mieux ces multiples entretiens.

enfants et les personnes qui s'occupent des enfants sont en crise lors de l'entretien d'admission initial et de l'entretien d'évaluation ; les prestataires de services doivent donc déterminer comment créer un environnement sûr, positif et bienveillant. Il convient non seulement d'adopter les meilleures pratiques de communication décrites précédemment, mais également de suivre les recommandations suivantes pour mener les entretiens.

PRÉPARER LE TERRAIN: CRÉER UN ENVIRONNEMENT SÛR

Les prestataires de services ont pour responsabilité de veiller à ce que la sécurité physique et émotionnelle des enfants soit protégée lors de toutes les interactions avec eux, et plus particulièrement lors des entretiens directs sur les violences sexuelles subies. Les stratégies suivantes peuvent contribuer à procurer un sentiment de sécurité, fondamental pour les enfants censés partager des expériences personnelles et douloureuses avec les prestataires de services.⁴³

CRÉER UN ENVIRONNEMENT SÛR ET POSITIF

- 1. Choisissez un lieu sûr.** Les entretiens avec les enfants doivent se dérouler dans un cadre confidentiel, sûr et favorable à l'enfant. Pour cela, le lieu choisi peut être équipé de jouets ou de supports adaptés aux enfants, ou comporter un espace pour s'asseoir confortablement au sol.
- 2. Expliquez qui vous êtes.** Les travailleurs sociaux dédiés à la VBG, les professionnels de la santé, les forces de l'ordre ou les spécialistes de la protection de l'enfance occupent une position différente de celle des parents ou enseignants. Tous les prestataires de services doivent présenter l'organisation qu'ils représentent, et expliquer leur rôle et l'objet de la réunion. Dans l'exemple ci-dessous, le prestataire travaille pour un organisme offrant des services psychosociaux.



« Je m'appelle Asha, et mon travail consiste à aider les filles et les garçons lorsqu'ils sont tristes ou qu'ils ont des problèmes. Je travaille pour une organisation qui s'appelle Safe Places ; il y a six autres femmes ici qui aident également les enfants, et d'autres personnes. Mon rôle est de veiller à ta sécurité, de t'écouter, et de t'expliquer comment obtenir de l'aide, si tu en as besoin ».

- 3. Demandez la permission.**⁴⁴ Pour discuter des violences sexuelles avec les enfants, il faut obtenir leur permission ainsi que celle des personnes qui s'occupent d'eux. Cela

⁴³ Cette section a été adaptée du manuel de formation sur la prise en charge des survivants du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), élaboré en 2004 et mis à jour en 2010. Référence officielle : IASC Training Manual on Caring for Survivors, Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) (2010).

⁴⁴ Le chapitre 5 explique spécifiquement comment obtenir la permission ou le consentement/assentiment éclairé au cours de la prestation de services.



Illustration de Abdifatah Abdukadir Osman

dépend néanmoins de l'âge de l'enfant, et des circonstances précises. Si la personne qui s'occupe de l'enfant, ou tout autre adulte responsable de l'enfant, est l'agresseur présumé, le prestataire de services doit obtenir la permission d'un autre adulte responsable et de confiance, par exemple la personne qui a adressé l'enfant pour solliciter de l'aide. Si cette dernière n'est pas la personne qui s'occupe de l'enfant, et que la personne qui s'occupe de l'enfant n'est pas considérée comme une menace, tout doit être fait pour la localiser et obtenir son consentement avant de débiter l'entretien d'admission initial et l'entretien d'évaluation, ainsi que d'autres aspects de la prestation de services. Pour obtenir des instructions détaillées sur l'obtention de la permission, ou du consentement/de l'assentiment éclairé, veuillez vous reporter au chapitre 5.

- 4. Maintenez un rapport d'égalité.** Asseyez-vous à la même hauteur que l'enfant ; veillez à aligner votre regard sur celui de l'enfant. Tâchez de ne pas vous pencher sur lui/elle, de ne pas le/la regarder de haut, et de ne pas vous accroupir et lever les yeux vers son visage. Vous exprimerez ainsi une attitude respectueuse envers l'enfant, et lui inspirerez une plus grande confiance.
- 5. Demandez la permission pour discuter.** Demandez aux enfants de plus de 7 ans la permission de discuter avec eux. Si les enfants ne peuvent donner leur consentement légal, ils sont toutefois en mesure « d'accepter » d'être questionnés sur leur expérience.⁴⁵ Les enfants ont le droit d'exprimer leurs points de vue et opinions ; en leur demandant leur permission pour leur poser des questions, le prestataire de services montre qu'il respecte leurs droits.

⁴⁵ Ce concept et cette pratique consistant à obtenir l'assentiment éclairé de l'enfant sont abordés en profondeur dans le chapitre 5.

- 6. Expliquez ce qui va se dérouler.** Le prestataire de services doit expliquer à l'enfant ce qui va se dérouler, et quels sont ses droits au cours de la session. Cela permet à l'enfant de savoir à quoi il/elle doit s'attendre, et ce qu'il/elle peut contrôler. Par exemple, les enfants ont le droit de mettre un terme à l'entretien à tout moment, ou de ne pas répondre à une question. Ils ont le droit de faire des erreurs, et doivent être autorisés à changer d'avis. Les enfants achèvent rarement les conversations de façon arbitraire, mais leurs parents et eux se sentent plus en sécurité lorsqu'ils savent qu'ils jouissent de ce droit. Enfin, il est toujours bon de rappeler aux enfants qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Vous vous intéressez simplement à leur expérience et à leurs idées.
- 7. Expliquez le processus.** Expliquez l'objet de la réunion en employant des termes adaptés aux enfants. Avant, pendant ou après la discussion générale, expliquez à l'enfant, en des termes qu'il/elle est à même de comprendre, qu'il pourra être nécessaire de partager les informations qu'il/elle fournira, et précisez comment. Dites à l'enfant que vous voulez apprendre ce qui lui est arrivé(e) ; soyez le plus spécifique possible. Parlez-lui, par exemple, d'autres personnes (« des familles », « des enfants de ton âge », « des personnes comme toi ») qui ont subi des choses similaires, et trouvé utile de parler à d'autres personnes.
- 8. Discutez avec l'enfant en présence d'adultes de confiance.** Chaque fois que possible, au cours de l'entretien d'admission et/ou de l'entretien d'évaluation, les enfants doivent être accompagnés d'un adulte de confiance, notamment les très jeunes enfants et les enfants qui ont peur du prestataire de services. Au cours de la phase d'évaluation, il peut y avoir des moments où il est préférable de s'adresser séparément aux enfants et aux parents. Cependant, si les parents ne sont pas des agresseurs présumés, et que les enfants demandent à ce qu'ils soient présents dans la pièce, ils doivent participer à l'entretien. À l'inverse, certains enfants hésitent à s'exprimer en présence de leurs parents ; lorsque tel est le cas, les prestataires de services doivent envisager de leur parler seuls.
- 9. Ne faites pas de promesses que vous ne pouvez pas tenir.** Un(e) enfant peut dire, « J'ai quelque chose à te dire, mais tu dois promettre de garder le secret ». La confiance de l'enfant a très certainement déjà été trahie par l'un de ses proches. Il est donc important de lui rappeler qu'il/elle peut vous faire confiance, mais également de l'informer que vous pourrez avoir besoin de partager certaines des informations qu'il/elle vous communiquera pour garantir sa sécurité. Si l'enfant révèle qu'il/elle subit des violences et qu'il/elle n'est pas en sécurité, vous devez le signaler aux personnes compétentes. L'enfant doit savoir que vous ne pouvez pas garder cette information confidentielle.

10. Ne forcez pas l'enfant à parler, et n'exercez pas de pression dans ce sens. Il est préférable de progresser lentement, et de ne pas demander trop d'informations trop rapidement. Les enfants peuvent être submergés par un sentiment de peur lorsqu'ils discutent de l'expérience violente qu'ils ont subie ; les prestataires de services doivent mettre un terme à l'entretien lorsque l'enfant semble bouleversé(e). Les suites des conversations avec les enfants qui montrent des signes de détresse ne sont pas considérées comme des entretiens « multiples ». C'est toujours l'enfant qui doit donner le rythme de la conversation, et non pas le prestataire de services.

COUP DE PROJECTEUR : LES ENFANTS, LA MÉMOIRE ET L'ÉMOTION

- » Une expérience traumatique peut entraver la capacité d'un enfant à se remémorer ce qui lui est arrivé, et à fournir des informations au cours d'un entretien.
- » Les enfants peuvent ne pas s'associer émotionnellement à leur récit comme le feraient les adultes. Certains ne manifestent aucune réaction émotionnelle, quand d'autres réagissent émotionnellement en imitant la personne qui discute avec eux. C'est la raison pour laquelle les prestataires de services doivent impérativement rester calmes, rester maîtres d'eux-mêmes et se montrer rassurants. Veillez à ne pas porter de jugement sur les émotions d'un enfant en vous basant sur sa seule réaction.



UTILISER DES TECHNIQUES DE COMMUNICATION VERBALE ET NON VERBALE

Les prestataires de services doivent employer diverses techniques pour faciliter la communication, en fonction de l'âge et du niveau de développement de l'enfant. Ils doivent maîtriser les techniques de communication verbale et non verbale, car certains enfants peuvent ne pas trouver les mots pour communiquer des informations importantes, en raison de leur âge, ou parce qu'il leur est trop difficile de se remémorer le traumatisme.

Nous aborderons dans cette section les techniques de communication verbale et non verbale efficaces pour recueillir des informations importantes avec attention et compassion. Ces techniques, ainsi que les pratiques de communication mentionnées précédemment, aideront les prestataires de services à faire naître chez les enfants questionnés un sentiment de confiance et de sécurité. Bien qu'elles ne soient pas considérées comme des techniques de soutien psychologique, ces stratégies de communication sont en droite ligne avec les directives sur le soutien psychologique adapté aux enfants.

LES TECHNIQUES DE COMMUNICATION ADAPTÉES AUX ENFANTS⁴⁶

Chez les enfants âgés de six ans et plus, en mesure de communiquer verbalement, il peut être utile de mettre en œuvre les stratégies suivantes :

- » Discutez avec l'enfant de sa vie, son école, sa famille et d'autres thèmes généraux avant de poser des questions directes sur la violence qu'il/elle a subie. Ces premiers sujets de conversation aident le prestataire de services à évaluer la capacité de l'enfant à communiquer verbalement, et aident l'enfant à se sentir à l'aise avec le prestataire de services.
- » Utilisez le plus de questions ouvertes possible. Évitez les questions à choix multiple, ou les questions fermées, qui peuvent être perturbantes et inciter l'enfant à fournir des réponses inexactes.
- » Évitez les formulations telles que « pourquoi », ou « comment ça se fait ». Vous obtiendriez des réponses frustrantes non seulement pour vous mais aussi pour l'enfant : « Je ne sais pas », par exemple, un haussement d'épaules, ou encore un silence. Demandez plutôt son opinion à l'enfant : « À ton avis, pour quelle raison...? » Par ailleurs, les questions commençant par « pourquoi » peuvent être perçues comme étant accusatoires, par exemple la question « Pourquoi tu n'as pas.... ? ».
- » Employez des mots qui encouragent l'enfant à poursuivre son récit :
 - « Tu peux m'en dire plus à propos de ça ? »
 - « Qu'est-ce que tu veux dire par... ? »
 - « Donne-moi un exemple de ... » ou « Décris-moi... »
 - « Continue... »
 - « Et ensuite, qu'est-ce qu'il s'est passé ? »
- » Ne soufflez pas à l'enfant ce qu'il faut dire. Que les techniques utilisées soient verbales ou non verbales (voir ci-dessous les explications sur l'utilisation des techniques non verbales), les prestataires de services doivent faire attention à ne pas souffler à l'enfant ce qu'il/elle doit dire. Par exemple, ne dites pas « Est-ce qu'il a mis les mains sur ta poitrine ? » Ou si vous utilisez une poupée pour aider l'enfant à expliquer ce qui s'est passé, ne montrez pas la poitrine du doigt en demandant « Est-ce qu'il t'a touché(e) là ? » Demandez plutôt

⁴⁶ Cette section est largement inspirée du manuel de formation de l'IASC sur la prise en charge des enfants survivants, Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF).

à l'enfant de vous montrer les endroits où l'agresseur l'a touché(e). Autres exemples de questions ou affirmations utiles :

- Est-ce que quelqu'un t'a déjà touché(e) d'une façon qui t'a perturbé(e) ou effrayé(e) ?
 - Explique-moi comment la personne t'a touché(e).
 - Explique-moi ce qui s'est passé ensuite.
 - Utilise tes propres mots. Tu peux prendre ton temps.
- » Choisissez les mots appropriés. Les enfants, et notamment ceux de moins de six ans, interprètent les mots littéralement. Le prestataire de services doit donc s'assurer d'utiliser lui-même un langage concret. Par exemple, si vous demandez à un jeune enfant, « Est-ce qu'il t'a emmené(e) dans sa voiture ? », l'enfant peut répondre par la négative si le véhicule était en réalité un camion.
- » Responsabilisez les enfants. Une fois que les enfants ont décrit les événements ou occurrences dans leur vie, et parlé de leurs réactions, il est impératif de leur confirmer qu'ils ont « fait ce qu'il fallait » en racontant ces événements à quelqu'un. Il peut s'avérer utile de leur donner l'occasion de formuler leurs idées et solutions : « Si d'autres enfants étaient dans la même situation, qu'est-ce que tu leur dirais de faire ? » S'ils ne parviennent pas répondre, vous pouvez leur proposer du papier et des crayons pour voir s'ils souhaitent dessiner leurs idées.

LES TECHNIQUES NON VERBALES ADAPTÉES AUX ENFANTS: UTILISER L'ART, LES POUPÉES ET D'AUTRES ACTIVITÉS POUR COMMUNIQUER

Il peut être utile de recourir à des techniques non verbales avec les enfants qui ont subi des violences sexuelles, afin de faciliter l'échange d'informations à toutes les étapes du processus de traitement et de prise en charge. Les techniques non verbales peuvent être utilisées au cours des entretiens d'évaluation avec les enfants survivants (par exemple, pour aider un(e) enfant à raconter son expérience ou clarifier des points spécifiques), et dans le cadre du soutien psychosocial (pour aider les enfants à exprimer leurs sentiments par le biais de l'art, du jeu et d'autres activités). Les méthodes de communication non verbales offrent de nombreux avantages :

- » les enfants peuvent trouver rassurant d'utiliser des méthodes non verbales, plutôt que de s'asseoir dans une pièce pour discuter ;
- » les enfants peuvent avoir davantage de facilité à exprimer leurs émotions en dessinant ou en racontant des histoires, notamment les jeunes enfants et ceux qui ne sont pas habitués à exprimer leurs émotions ou répondre à des questions ;
- » les enfants expriment des émotions, pensées, idées et expériences pendant et après les activités de communication non verbale.



Photo : Abigail Erikson/IRC

EXEMPLES DE TECHNIQUES NON VERBALES

Il est utile, chez les enfants de tous âges, d'employer plusieurs méthodes pour donner et recevoir des informations. Les enfants plus jeunes et/ou qui ne répondent pas aux questions verbales peuvent préférer avoir la possibilité de communiquer par le biais de l'art ou d'autres supports. Au cours des entretiens, les prestataires de services peuvent appliquer ces méthodes de façon directive, ou non directive.

- 1. Les techniques sont dites non directives** lorsqu'un prestataire de services invite un(e) enfant à faire un dessin ou à raconter une histoire, mais ne lui donne pas d'instructions spécifiques sur ce qu'il/elle peut dire ou dessiner. La personne qui intervient auprès de l'enfant peut alors identifier ce que l'enfant peut penser ou ressentir à partir de ce qu'il/elle choisit de dessiner, etc. C'est une bonne façon d'impliquer l'enfant au début d'un entretien ou d'une réunion ; celui-ci/celle-ci peut en effet se détendre et participer à une activité amusante et créative, sans qu'on lui dise ce qu'il/elle doit faire.
- 2. Les techniques sont dites directives** lorsqu'un prestataire de services demande à un(e) enfant de participer à une activité artistique ou créative. Par exemple, demander à un(e) enfant de dessiner « son plus beau souvenir », ou de représenter ou décrire visuellement les « personnes qui vivent dans son foyer » est une technique directive. Ces

techniques peuvent être extrêmement utiles lors des entretiens pour recueillir des informations sur des aspects spécifiques de la vie d'un(e) enfant. Voici quelques exemples de techniques directives faisant intervenir l'art ou le jeu qui peuvent être utilisées pour mieux comprendre un(e) enfant :

- **demander à un(e) enfant de dessiner sa famille (toutes les personnes vivant dans son foyer).** Cette méthode peut être particulièrement efficace pour identifier les personnes qui vivent avec l'enfant. Une fois que l'enfant a terminé son dessin, les prestataires de services peuvent poser des questions supplémentaires sur la famille : de qui l'enfant est-il/elle le plus proche ? De qui a-t-il/elle peur ? Avec qui s'entend-il/elle bien ? Que font les membres de la famille pendant la journée ? Etc. ;
- **demander à un(e) enfant de dessiner ses activités quotidiennes.** Cette technique peut être efficace pour découvrir à quoi ressemble la journée de l'enfant. Est-t-il/elle ou non scolarisé(e) ? Avec qui passe-t-il/elle son temps ? Décrit-il/elle certains amis ou certaines activités ? Etc. ;
- **demander à un(e) enfant de dessiner son cercle de sécurité.** L'enfant dessine un cercle, puis représente à l'intérieur les choses ou les personnes qui lui donnent un sentiment de sécurité. Cela peut être un excellent moyen de détecter les problèmes de sécurité auxquels l'enfant peut être confronté(e). Le prestataire de services peut aller un peu plus loin et demander à l'enfant de dessiner hors du cercle les choses qui l'effraient (le cercle représentant les limites symboliques de la sécurité). Il peut ainsi obtenir des informations supplémentaires sur la perception du risque (qui ? quoi ?) et de la sécurité (qui ? quoi ?) de l'enfant ;



Photo : Abigail Erikson/IRC

Ces dessins, réalisés par des travailleurs sociaux, sont utilisés avec les enfants bénéficiaires pour les aider à identifier leurs sentiments (la tristesse, l'inquiétude, la joie, etc.). Il peut s'avérer efficace d'utiliser des images exprimant différentes émotions pour aider les enfants à exprimer leurs sentiments.

FACTEURS À PRENDRE EN COMPTE POUR EMPLOYER DES TECHNIQUES NON VERBALES

Toutes les techniques de communication, y compris les techniques non verbales, doivent être mises en œuvre par un personnel formé, avec soin et précaution. Elles peuvent être utilisées lorsque :

1. Le prestataire de services a reçu une formation adéquate sur la communication avec les enfants survivants, et bénéficie d'une assistance et d'une supervision appropriées.
2. Il est considéré que l'enfant est plus à l'aise avec les méthodes de communication non verbales.

3 COMPÉTENCES CLÉS : INTERAGIR ET COMMUNIQUER AVEC LES ENFANTS SURVIVANTS



Photo : Abigail Erikson/IRC

Ce dessin représente un cercle de sécurité. À l'intérieur du cercle sont dessinées les choses qui contribuent au sentiment de sécurité et au bonheur de la personne. Il est particulièrement utile de demander aux enfants de dessiner leur cercle de sécurité (un cercle à l'intérieur duquel sont représentés les personnes, les lieux et les choses qui contribuent à leur sentiment de sécurité et leur bonheur) pour identifier les personnes et lieux sûrs dans l'environnement des enfants. Il est fondamental de posséder ces informations pour les intégrer au plan global de prise en charge et de traitement.

- **proposer à un(e) enfant d'utiliser des poupées.** Grâce aux poupées, l'enfant peut montrer où et comment l'agresseur l'a touché(e).⁴⁷ On peut par exemple demander à l'enfant de montrer sur la poupée les endroits où il/elle a été touché(e) ou blessé(e). Le prestataire de services ne doit pas orienter l'enfant, par exemple en montrant du doigt la poitrine, le vagin, le pénis ou d'autres parties du corps, et en demandant « est-ce que l'agresseur t'a touché(e) là ? » Il s'agit en effet d'une question suggestive, qui peut inciter l'enfant à faire plaisir à la personne qui pose la question, et à répondre « oui », alors qu'en réalité, la réponse est « non » ;
- **demander à un(e) enfant d'utiliser les poupées pour trouver un langage commun.** Il peut être extrêmement utile d'utiliser des poupées et des dessins pour définir une terminologie corporelle commune. Des études ont montré que les enfants utilisent des termes divers et variés pour désigner les parties intimes,⁴⁸ et que de nombreux jeunes enfants ne savent pas quelles parties du corps sont considérées comme intimes.⁴⁹ Ces derniers ont tendance à utiliser un éventail de termes plus large pour désigner les parties du corps et les actes sexuels, par rapport aux enfants plus âgés, et utilisent également le même mot ou la même expression pour désigner plusieurs parties du corps ou actes sexuels. Le prestataire de services doit donc prendre le temps de clarifier les termes ou expressions utilisés par les enfants pour s'assurer de bien comprendre leurs déclarations.

⁴⁷ Il est impératif d'avoir reçu une formation spécifique pour utiliser les poupées au cours des entretiens avec les enfants ; avant de recourir à cette technique avec les enfants, les travailleurs sociaux doivent être évalués pour vérifier qu'ils utilisent et comprennent cette technique correctement.

⁴⁸ Cheung, K.F.M., Stevenson, K.M., et al. Competency-based Evaluation of Case Management Skills in Child Sexual Abuse Intervention. Child Welfare League of America, pp. 425-435

⁴⁹ Ibid.

ÉTUDE DE CAS : UTILISER UNE POUPÉE LORS D'UN ENTRETIEN AVEC UN GARÇON SURVIVANT ÂGÉ DE SIX ANS

Dans un camp de réfugiés somaliens, une assistance sociale s'est entretenue avec un garçon de six ans à propos des violences sexuelles qu'il avait subi. L'enfant avait été violé par un garçon plus âgé, et avait dit à l'assistante sociale qu'il avait été blessé au « derrière ». Celle-ci voulait s'assurer qu'elle comprenait le terme « derrière » de la même façon que l'enfant bénéficiaire. Elle a donc apporté un poupon de sexe masculin et demandé à l'enfant survivant de lui montrer le « derrière » du poupon. Celui-ci a pointé l'arrière du poupon. L'assistante sociale a ainsi pu confirmer qu'elle avait bien compris ce que voulait dire l'enfant.

ADAPTER L'ENTRETIEN À L'ÂGE ET AU NIVEAU DE DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT

Lorsqu'ils s'entretiennent avec un(e) enfant bénéficiaire, les prestataires de services doivent prendre plusieurs facteurs en considération, notamment l'âge et le niveau de développement de l'enfant. Le niveau de développement est influencé par l'âge, mais aussi par différents paramètres. L'environnement joue un rôle important, à l'instar de l'éducation, la culture, la nutrition, l'accès aux soins, les interactions sociales et familiales, ainsi que la guerre et la violence et leurs conséquences (problèmes psychosociaux, problèmes de santé mentale, déplacement). Les prestataires de services chargés de discuter avec les enfants des violences sexuelles qu'ils ont subies doivent adapter la durée de l'entretien à l'âge, conformément aux indications suivantes :

- » 30 minutes pour les enfants de moins de 9 ans ;
- » 45 minutes pour les enfants de 10 à 14 ans ;
- » Une heure pour les enfants de 15 à 18 ans.

NOURRISSONS (DE 0 À 5 ANS)

- » Les enfants de cette tranche d'âge ne doivent pas être questionnés directement sur les violences sexuelles. Leurs capacités de communication verbale sont limitées, et il est peu probable qu'ils révèlent les violences subies ;
- » Les parents/personnes qui s'occupent de l'enfant, non incriminés dans le sévices, doivent être les principales sources d'informations sur l'enfant et les violences suspectées. D'autres adultes importants dans la vie de l'enfant, en particulier les personnes qui s'occupent de lui/elle, doivent être consultés, y compris la personne qui accompagne l'enfant.

ENFANTS PLUS ÂGÉS (DE 6 À 9 ANS) :

- » Les enfants de cette tranche d'âge peuvent être interrogés directement par le prestataire de services ; il est néanmoins conseillé, dans la mesure du possible, de recueillir des informations sur les sévices auprès de personnes en qui l'enfant a confiance ;
- » Les enfants plus âgés peuvent avoir des difficultés à répondre à des questions générales. Par conséquent, ils peuvent répondre « Je ne me souviens plus » ou « Je ne sais pas », ou encore fournir des réponses vagues, telles que « l'homme a fait quelque chose de mal », mais ne pas en dire plus ;
- » Les parents/personnes qui s'occupent de l'enfant ou les personnes en qui l'enfant a confiance peuvent participer à l'entretien, tant que l'enfant sollicite leur présence (et qu'ils ne sont pas l'agresseur présumé) ;
- » Avec les enfants de cette tranche d'âge, il est particulièrement utile d'associer des techniques de communication verbale et des techniques de communication basées sur l'art ;
- » Il ne faut pas poser à ces enfants des questions évoquant des idées abstraites, telles que la justice ou l'amour, car ils ont tendance à penser de façon concrète (littérale).

PRÉ-ADOLESCENTS ET ADOLESCENTS (DE 10 À 18 ANS) :

- » Les enfants de cette tranche d'âge peuvent être questionnés directement par le prestataire de services. Les questions ouvertes peuvent permettre d'obtenir des informations importantes sur les violences sexuelles ;⁵⁰
- » Les parents/personnes qui s'occupent de l'enfant ou les personnes en qui l'enfant a confiance peuvent participer à l'entretien, tant que l'enfant sollicite leur présence (et qu'ils ne sont pas l'agresseur présumé) ;
- » Les adolescents sont plus à même de penser et réfléchir de façon analytique, mais il convient néanmoins de retenir qu'ils n'ont pas encore atteint leur maturité.

**FAIRE FACE AUX PRINCIPALES
DIFFICULTÉS DE COMMUNICATION****LES ENFANTS QUI REFUSENT DE PARLER**

Dans certains cas, les enfants capables de communiquer verbalement refusent de parler des violences sexuelles qu'ils ont subies. Conformément aux principes de communication, les enfants qui refusent de parler ne doivent pas y être contraints. Les prestataires de services doivent être patients afin de créer un environnement dans lequel l'enfant se sent suffisamment

⁵⁰ Manuel de formation de l'IASC sur la prise en charge des survivants, Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) (2010).

à l'aise pour révéler des informations sur l'agression. Ils doivent par ailleurs communiquer avec les adultes en qui l'enfant a confiance pour déterminer s'il y a des problèmes médicaux ou de sécurité urgents à résoudre. Enfin, les prestataires de services doivent travailler auprès des autres adultes que côtoie l'enfant pour leur expliquer comment recueillir des informations qui peuvent s'avérer utiles pour appréhender la situation.

Les prestataires de services doivent rechercher les raisons pouvant expliquer le refus de parler de l'enfant. Un(e) enfant peut simplement ne pas être à l'aise avec un prestataire de services particulier en raison de son sexe, de son âge ou d'un autre facteur. Lorsque tel est le cas, les prestataires de services doivent désigner une autre personne de leur organisme pour intervenir auprès de l'enfant. Il convient par ailleurs de se poser les questions suivantes :

- » Y a-t-il dans la pièce une personne qui semble rendre l'enfant peu enclin(e) à parler ?
- » L'enfant s'arrête-t-il/elle de parler lorsqu'il/elle se retrouve seul(e) avec le prestataire de services, signifiant qu'il/elle a peur de s'exprimer sans la présence d'un autre adulte de confiance ?
- » L'enfant garde-t-il/elle le silence parce que l'environnement dans lequel il/elle se trouve n'est pas sûr ou privé, ou parce qu'il/elle n'est pas prêt(e) à faire confiance au prestataire de services ? Si l'enfant ne souhaite pas accorder sa confiance à un prestataire de services particulier, ce n'est pas de la faute de ce dernier. Trouvez d'autres façons d'aider l'enfant en l'adressant à d'autres personnes/organismes, en discutant avec les membres de sa famille, etc.

De nombreux autres facteurs peuvent conduire un(e) enfant à refuser de parler des violences sexuelles, notamment la peur des conséquences (par exemple la peur d'être mariée de force à l'agresseur) et la honte. Le prestataire de services doit tâcher d'être proactif pour combattre ces peurs, afin de donner à l'enfant bénéficiaire l'assurance qu'il/elle sera aidé(e) de façon adéquate. Lorsqu'un(e) enfant refuse catégoriquement de parler des violences subies, les personnes qui s'occupent de lui/elle peuvent souvent fournir des informations adéquates permettant de prodiguer des soins à l'enfant.

LES ENFANTS QUI NIENT LES VIOLENCES SEXUELLES

Dans la plupart des cas de violence sexuelle, et plus particulièrement les cas impliquant de jeunes enfants, l'enfant est adressé(e) par une autre personne. C'est ce que l'on appelle une révélation involontaire. Parfois, un adulte qui suspecte que l'enfant a subi des violences sexuelles, ou qui a été témoin de telles violences, informe un prestataire de services sans la permission de l'enfant, ou sans lui dire. Dans ces situations, le rôle du prestataire de services n'est pas de déterminer si l'enfant a ou non été agressé(e), mais de nouer avec lui/elle un lien qui lui permette de se sentir suffisamment en sécurité pour révéler les violences subies.

Dans de telles situations, le rôle du prestataire de services ne consiste pas à déterminer si l'enfant a ou non été agressé(e), mais à nouer un lien permettant à l'enfant de se sentir suffisamment en sécurité pour révéler les violences subies.

Lorsque les violences sexuelles sont révélées par un tiers, l'enfant commence généralement par nier l'agression. Les prestataires de services ne doivent pas tenter de confirmer ou infirmer les premières déclarations de l'enfant. Comme nous l'avons expliqué précédemment, les enfants nient souvent les violences pour de bonnes raisons : la peur de la stigmatisation, de la honte ou des représailles. Parfois, le parent adresse un(e) enfant plus âgé(e) ou un(e) adolescent(e) car il est préoccupé que l'enfant soit sexuellement actif(ve) avant le mariage. Toutefois, l'enfant peut ne pas considérer l'activité sexuelle comme une agression, et/ou être réticent(e) ou gêné(e) d'admettre les relations sexuelles avant le mariage.

Les prestataires de services doivent interroger l'enfant et la personne qui s'occupe de l'enfant séparément pour mieux appréhender la situation, et faire particulièrement attention à l'âge et au rôle de l'agresseur présumé. Dans certaines situations, il peut y avoir une attirance sexuelle entre les adolescentes et les adolescents, normale pour leur âge, qui peut être contrariante pour les parents, sans pour autant relever de la violence sexuelle.

Face à un(e) enfant qui nie les violences sexuelles, les prestataires de services doivent agir de la façon suivante :

- » **rester neutres** : ne pas confirmer ou infirmer ce que l'enfant affirme. Informer l'enfant qu'ils ne sont pas là pour le/la juger, mais pour l'écouter, le/la comprendre et l'aider ;
- » **recueillir davantage de faits** : s'entretenir séparément avec l'enfant et la personne qui l'a adressé(e). Poser des questions qui permettent d'obtenir un aperçu plus général de ce qui peut se passer : quel âge ont l'enfant et l'agresseur présumé ? Quel est leur lien ? Quel est le lien entre l'enfant et la personne qui a signalé le cas ? ;
- » **être patients** : le refus ou l'incapacité de parler des violences sexuelles peut être dû/du à la honte ou la stigmatisation associée. Un(e) enfant ne doit pas être contraint(e) à parler des violences sexuelles. Les prestataires de services doivent s'adapter à la capacité à partager et communiquer effective des enfants.

LES ENFANTS ATTEINTS D'UN HANDICAP PHYSIQUE ET/OU MENTAL

Les entretiens verbaux ne seront probablement d'aucune utilité chez les enfants atteints d'un handicap physique ou mental (par exemple les enfants sourds et muets) qui ont ou semblent avoir subi des violences sexuelles. Chez ces enfants survivants, les prestataires de services de santé et de services psychosociaux doivent recourir aux stratégies suivantes :

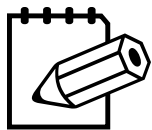
- » identifier la personne qui s'occupe de l'enfant (une personne que l'enfant semble connaître, et qui a sa confiance), et obtenir d'elle des informations ;
- » se montrer attentionnés et réconfortants à l'égard de l'enfant en employant des techniques de communication non verbale (par exemple sourire) ;
- » utiliser des poupées, des jouets et d'autres supports artistiques pour permettre à l'enfant de communiquer librement ;
- » appliquer les directives sur la gestion de cas présentées au chapitre V, qui fournit des conseils pour prendre des décisions au nom des enfants dans l'incapacité d'exprimer leurs pensées et opinions à cause d'un handicap, ou pour toute autre raison.

ÉVALUER LES PRINCIPALES COMPÉTENCES EN COMMUNICATION

Les professionnels de la santé et du soutien psychosocial qui interviennent auprès d'enfants ayant subi des violences sexuelles doivent impérativement recevoir une formation axée sur les techniques de communication et d'implication spécialisées décrites dans cette section. Lorsque l'on travaille auprès d'enfants, par opposition aux adultes, il faut posséder des compétences supplémentaires pour communiquer de façon efficace. Ces compétences ne sont pas innées, mais sans néanmoins fondamentales pour prodiguer des soins efficaces aux enfants survivants (par ex. des services de gestion des cas et un soutien psychosocial).

Il existe plusieurs méthodes pour évaluer les compétences du personnel en matière de communication, mais deux sont spécifiquement recommandées :

1. évaluer les compétences individuelles de chaque employé(e) à l'aide d'un test d'évaluation ;
2. observer directement le personnel intervenir auprès des enfants, et formuler des commentaires à partir d'exemples de bonnes et mauvaises pratiques au cours d'un entretien de supervision individuel ou en groupe.



OUTIL DE SUPERVISION : LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS SURVIVANTS – ÉVALUATION DES COMPÉTENCES EN COMMUNICATION (CCS-CA)

L'outil d'évaluation des compétences en communication (CCS-CA) peut être utilisé par les superviseurs pour évaluer la capacité d'un(e) employé(e) à communiquer et interagir avec les enfants survivants, de la façon décrite dans cette section. Cet outil de supervision peut être utilisé en complément d'autres outils employés par les prestataires de services de santé et de services psychosociaux.⁵¹ Le test CCS-CA est facile à réaliser. Il doit être utilisé pour évaluer le personnel chargé de fournir des services aux enfants ayant subi des violences sexuelles, si possible au terme d'une formation officielle sur la communication avec les enfants survivants.

La version intégrale de cet outil est fournie en fin de chapitre

Outil de supervision
La prise en charge des enfants survivants – Évaluation des compétences en communication (CCS-CA)

Date :
 Nom de l'employé :
 Superviseur :

Instructions pour procéder à l'évaluation

OBJET
 Cette évaluation définit le niveau minimal de compétences que les prestataires de services de santé et de services psychosociaux doivent posséder pour communiquer avec des enfants ayant subi des violences sexuelles. Pour fournir des soins de qualité, les prestataires de services doivent être en mesure de communiquer avec les enfants survivants (donner et recevoir des informations) et de les écouter de façon appropriée. C'est un outil de supervision du personnel destiné aux managers / superviseurs qui doit être utilisé de façon régulière avec le personnel fournissant directement des soins aux enfants et aux familles.

INTRODUCTIONS

- Ce test d'évaluation doit être effectué au cours d'un entretien verbal entre l'employé et son superviseur.
- Le superviseur doit s'entretenir avec l'employé dans un lieu calme et confidentiel, et l'informer que cette évaluation est effectuée pour identifier les domaines dans lesquels ses compétences doivent être renforcées. Il ne s'agit pas d'un outil d'évaluation des performances.
- Le superviseur doit demander à l'employé d'expliquer / décrire les concepts ci-dessous, et attribuer un score en conséquence :
 - Niveau atteint : l'employé est en mesure de répondre à la question correctement, et de façon exhaustive.
 - Niveau partiellement atteint : l'employé est en mesure de fournir au minimum 50 % de la réponse.
 - Niveau non atteint : l'employé n'est pas en mesure de répondre à la question.
- Une fois l'évaluation terminée, le superviseur attribue le score final ; il discute ensuite de ce score avec l'employé, ainsi que de sa signification, et détermine si un renforcement des compétences est nécessaire.

Effectuer l'évaluation

Compétences requises pour communiquer et interagir avec les enfants	Critères d'une réponse correcte	Niveau atteint 2 pts	Niveau partiellement atteint, 1 pt	Niveau non atteint 0 pts
1. Quelles sont les principales phrases réconfortantes que le prestataire de services doit dire à un enfant ayant subi des violences sexuelles tout au long de sa prise en charge ?	L'employé doit citer au moins 4 phrases pour obtenir le score le plus élevé (100 %), et notamment les phrases « Ce n'est pas de ta faute » et « Je te crois » : <ol style="list-style-type: none"> Je te crois. Ce n'est pas de ta faute. Je suis très content que tu me l'aies dit. Je suis désolée de ce qui t'es arrivé(e). Tu es très courageux(se) de me le raconter, et nous allons essayer de t'aider. Autre phrase réconfortante adaptée à la culture. 			
2. Décrivez de quelle façon la session d'admission et d'évaluation avec un enfant doit être amorcée.	L'employé doit au minimum préciser qu'il est important de débiter par des questions générales et d'instaurer la confiance avant de poser des questions : <ol style="list-style-type: none"> Réserver un accueil chaleureux à l'enfant Commencer par des questions générales Demander à l'enfant s'il sait pour quelle raison il discute avec vous Expliquer les règles de l'entretien (l'enfant est autorisé à ne pas répondre à une question, ou à mettre un terme à l'entretien à tout moment, etc.) Offrir à l'enfant un jouet ou une chose à laquelle s'agripper (si l'on dispose de quelque chose) Prononcer des phrases d'encouragement tout au long de l'entretien. 			

COMMENT UTILISER L'OUTIL CCS-CA

ÉTAPE N°1

Planifier un entretien d'évaluation entre le superviseur et l'employé(e) évalué(e). Cet entretien, d'une durée de 30 à 60 minutes, doit se dérouler dans un lieu calme et privé.

⁵¹ L'outil CCS-KA et l'échelle d'attitudes CCS peuvent par exemple être utilisés en association avec l'outil CCS-CA. Combinés, ces trois outils permettent d'évaluer de façon structurée les connaissances, les attitudes et les compétences en communication du personnel intervenant auprès d'enfants survivants. Les employés sur le terrain qui réussissent ces trois évaluations démontrent qu'ils possèdent les connaissances et compétences fondamentales requises pour prodiguer des soins plus complets, tels que des soins médicaux, des services de gestion des cas et un soutien psychosocial.

ÉTAPE N°2

Informez la personne évaluée que :

- » L'évaluation vise à identifier les domaines qu'elle maîtrise bien, ainsi que ceux dans lesquels une formation supplémentaire sur la communication avec les enfants serait bénéfique. Il a pour finalité d'évaluer des compétences spécifiques axées sur la communication avec les enfants survivants.
- » Elle ne sera pas pénalisée si elle ne réussit pas totalement l'évaluation des compétences. Elle devra toutefois parfaire ses compétences au fil du temps pour éviter d'autres conséquences.
- » **Remarque** : les superviseurs doivent mener ces entretiens d'évaluation dans une ambiance amicale, détendue et positive. Cela ne signifie pas que l'évaluation n'est pas prise au sérieux ; une approche chaleureuse et positive peut au contraire contribuer à apaiser la peur et la nervosité que peut ressentir l'employé(e).

ÉTAPE N°3

Effectuez l'évaluation CCS-CA

- » Le test CCS-CA comporte 14 questions sur les domaines de compétence en communication fondamentaux décrits précédemment.

Effectuer l'évaluation					
Compétences requises pour communiquer et interagir avec les enfants	Critères d'une réponse correcte		Niveau atteint 2 pts	Niveau partiellement atteint, 1 pt	Niveau non atteint 0 pts
1. Quelles sont les principales phrases réconfortantes que le prestataire de services doit dire à un enfant ayant subi des violences sexuelles tout au long de sa prise en charge ?	L'employé doit citer au moins 4 phrases pour obtenir le score le plus élevé (100 %), et notamment les phrases « Ce n'est pas de ta faute » et « Je te crois » :	<ol style="list-style-type: none"> 1. Je te crois. 2. Ce n'est pas de ta faute. 3. Je suis très content que tu me l'aies dit. 4. Je suis désolée de ce qui t'es arrivé(e). 5. Tu es très courageux(se) de me le raconter, et nous allons essayer de t'aider. 6. Autre phrase réconfortante adaptée à la culture. 			
2. Décrivez de quelle façon la session d'admission et d'évaluation avec un enfant doit être	L'employé doit au minimum préciser qu'il est important de débiter par des questions	<ol style="list-style-type: none"> 1. Réserver un accueil chaleureux à l'enfant 2. Commencer par des questions générales 3. Demander à l'enfant s'il sait pour quelle raison il discute avec vous 4. Expliquer les règles de l'entretien (l'enfant est 			

Corrigé du test CCS-CA (première page de l'outil)

- » Le superviseur demande verbalement à l'employé(e) de détailler les points spécifiques soulevés. Il peut également, au cours de l'évaluation, demander à l'employé(e) de fournir ses réponses dans le cadre d'un jeu de rôle, pour pouvoir observer plus facilement ses compétences en situation.

3 COMPÉTENCES CLÉS : INTERAGIR ET COMMUNIQUER AVEC LES ENFANTS SURVIVANTS

- » Le superviseur évalue l'exactitude de la réponse à partir des critères d'une réponse correcte. Les réponses sont notées sur l'échelle suivante :
 - **Niveau atteint** : l'employé(e) fournit des réponses correctes et complètes.
 - **Niveau partiellement atteint** : l'employé(e) est en mesure de fournir 50 % des réponses.
 - **Niveau non atteint** : l'employé(e) n'est pas en mesure de répondre ou de démontrer ses compétences.

ÉTAPE N°4

Noter le test CCS-CA

- » Le superviseur doit calculer le total de chaque colonne puis additionner les totaux de toutes les colonnes pour obtenir le score final. Un seul score est attribué à chaque question.

Notation du test CCS-CA (dernière page de l'outil)

TOTAL DES POINTS DES QUESTIONS 1 À 15			
SCORE TOTAL			
Évaluer les compétences en communication De 20 à 30 points : NIVEAU ATTEINT : les scores compris dans cette fourchette indiquent que l'employé possède les connaissances clés exigées, et peut travailler de façon indépendante auprès d'enfants et de familles, sous supervision continue. De 10 à 19 points : NIVEAU PARTIELLEMENT ATTEINT : les scores compris dans cette fourchette indiquent que l'employé doit recevoir une formation supplémentaire pour acquérir des connaissances et aptitudes sur la communication centrée sur l'enfant. L'employé doit faire l'objet d'une étroite supervision s'il travaille auprès d'enfants ayant subi des violences sexuelles. De 0 à 9 points : NIVEAU NON ATTEINT : les scores compris dans cette fourchette indiquent que l'employé ne possède pas encore des connaissances et aptitudes suffisantes pour communiquer avec les enfants survivants. Une formation supplémentaire et une assistance doivent lui être fournies, et le test CCS-CA doit être de nouveau effectué au terme de la formation supplémentaire.	Évaluation finale : _____ NIVEAU ATTEINT _____ NIVEAU PARTIELLEMENT ATTEINT _____ NIVEAU NON ATTEINT		

- » Comprendre le score :
 - **De 20 à 30 points – NIVEAU ATTEINT** : les scores compris dans cette fourchette indiquent que l'employé(e) maîtrise les techniques de communication et d'entretien centrées sur l'enfant. Il/elle est en mesure de travailler de façon indépendante auprès des enfants et des familles, sous constante supervision.
 - **De 10 à 19 points – NIVEAU PARTIELLEMENT ATTEINT** : les scores compris dans cette fourchette indiquent que l'employé(e) doit recevoir une formation supplémentaire pour acquérir des compétences et connaissances précises et complètes sur la

communication avec les enfants survivants. Il/elle doit être suivi(e) de près s'il/elle travaille auprès d'enfants ayant subi des violences sexuelles et fait activement participer les enfants aux services de gestion des cas ou aux services psychosociaux.

- **De 0 à 9 points – NIVEAU NON ATTEINT** : les scores compris dans cette fourchette indiquent que l'employé(e) ne possède pas encore des compétences suffisantes pour communiquer avec les enfants survivants. Une formation et une assistance supplémentaires doivent lui être fournis, et le test CCS-CA doit être de nouveau effectué au terme de la formation supplémentaire et du développement des compétences.

ÉTAPE N°5

Discuter du score avec l'employé(e) évalué(e)

- » Discutez du score final aussi tôt que possible afin que l'employé(e) n'ait pas à s'inquiéter de ses performances. Il est recommandé de communiquer le score à l'employé(e) immédiatement après l'entretien d'évaluation.
- » Revoyez les réponses correctes et incorrectes avec l'employé(e). Rassurez-le/la, et soulignez les compétences en communication qu'il/elle possède. Répondez à ses éventuelles questions ; laissez-lui la possibilité de poser des questions et d'exprimer sa pensée et ses inquiétudes.
- » Élaborez un plan prévoyant une formation supplémentaire et un renforcement des capacités. Ce plan peut être inscrit sur la fiche du test CCS-CA, dont le superviseur et l'employé(e) peuvent conserver un exemplaire. Le superviseur doit archiver les résultats du test CCS-CA dans un dossier verrouillé, dans ses armoires personnelles, afin de protéger la vie privée de l'employé(e). Expliquez à l'employé(e) où sa fiche d'évaluation sera archivée ; expliquez-lui ses droits en matière de confidentialité, et assurez-vous qu'un plan a été mis en place s'il/elle ne possède pas totalement les compétences requises.

ASSURER UN SUIVI CONTINU

Après cette évaluation initiale, nous conseillons de répéter le test CCS-CA (ou tout autre outil de d'évaluation des compétences en communication élaboré localement) tous les six mois. Cela permet en effet de déterminer si les pratiques de l'employé(e) évoluent au fil du temps, et de pallier les éventuelles lacunes qui peuvent avoir émergé depuis la première évaluation. Par ailleurs, cela donne aux prestataires de services la possibilité d'initier leur propre processus d'apprentissage lorsqu'ils travaillent sur des cas aussi complexes que les cas de violence sexuelle impliquant des enfants.

L'OBSERVATION DIRECTE ET LA SUPERVISION

Outre le test CCS-CA officiel visant à évaluer les compétences techniques en communication, les superviseurs doivent trouver des moyens d'observer directement le personnel interagir avec les enfants et les familles. L'observation directe permet en effet d'évaluer de façon plus précise les compétences d'un(e) employé(e) lors de ses interactions avec les enfants et les familles, dans le cadre d'une intervention directe.

CONCLUSION

Tout au long de ce chapitre, nous avons détaillé les directives à suivre pour communiquer avec les enfants survivants, avec des techniques de communication verbales et non verbales, mais aussi pour structurer les entretiens. Nous avons également présenté l'outil d'évaluation CCS-CA, qui permet aux superviseurs de suivre et d'évaluer les compétences de chaque employé. Il est fondamental de communiquer de façon efficace pour que :

- » Un lien empreint d'affection et de compassion se noue entre le prestataire de services et l'enfant, ainsi que les membres de sa famille.
- » Les prestataires de services fournissent des informations importantes aux enfants et aux familles, en veillant à ce que ces derniers puissent comprendre et accepter.
- » Les prestataires de services obtiennent des informations décisives sur le risque de violence sexuelle auquel est exposé l'enfant, ou les violences sexuelles subies par ce dernier. Ces informations peuvent être utilisées dans le cadre de la prise en charge et du traitement directs.

Outil de supervision

La prise en charge des enfants survivants – Évaluation des compétences en communication (CCS-CA)

Date :

Nom de l'employé :

Superviseur :

Instructions pour procéder à l'évaluation

OBJET

Cette évaluation définit le niveau minimal de compétences que les prestataires de services de santé et de services psychosociaux doivent posséder pour communiquer avec des enfants ayant subi des violences sexuelles. Pour fournir des soins de qualité, les prestataires de services doivent être en mesure de communiquer avec les enfants survivants (donner et recevoir des informations) et de les écouter de façon appropriée. C'est un outil de supervision du personnel destiné aux managers / superviseurs qui doit être utilisé de façon régulière avec le personnel fournissant directement des soins aux enfants et aux familles.

INTRODUCTIONS

- (1) Ce test d'évaluation doit être effectué au cours d'un entretien verbal entre l'employé et son superviseur.
- (2) Le superviseur doit s'entretenir avec l'employé dans un lieu calme et confidentiel, et l'informer que cette évaluation est effectuée pour identifier les domaines dans lesquels ses compétences doivent être renforcées. Il ne s'agit pas d'un outil d'évaluation des performances.
- (3) Le superviseur doit demander à l'employé d'expliquer / décrire les concepts ci-dessous, et attribuer un score en conséquence :
 - Niveau atteint : l'employé est en mesure de répondre à la question correctement, et de façon exhaustive.
 - Niveau partiellement atteint : l'employé est en mesure de fournir au minimum 50 % de la réponse.
 - Niveau non atteint : l'employé n'est pas en mesure de répondre à la question.
- (4) Une fois l'évaluation terminée, le superviseur attribue le score final ; il discute ensuite de ce score avec l'employé, ainsi que de sa signification, et détermine si un renforcement des compétences est nécessaire.

Effectuer l'évaluation

Compétences requises pour communiquer et interagir avec les enfants	Critères d'une réponse correcte	Niveau atteint 2 pts	Niveau partiellement atteint, 1 pt	Niveau non atteint 0 pts
1. Quelles sont les principales phrases réconfortantes que le prestataire de services doit dire à un enfant ayant subi des violences sexuelles tout au long de sa prise en charge ?	L'employé doit citer au moins 4 phrases pour obtenir le score le plus élevé (100 %), et notamment les phrases « Ce n'est pas de ta faute » et « Je te crois » : <ol style="list-style-type: none">1. Je te crois.2. Ce n'est pas de ta faute.3. Je suis très content que tu me l'aies dit.4. Je suis désolée de ce qui t'es arrivé(e).5. Tu es très courageux(se) de me le raconter, et nous allons essayer de t'aider.6. Autre phrase réconfortante adaptée à la culture.			
2. Décrivez de quelle façon la session d'admission et d'évaluation avec un enfant doit être amorcée.	L'employé doit au minimum préciser qu'il est important de débiter par des questions générales et d'instaurer la confiance avant de poser des questions : <ol style="list-style-type: none">1. Réserver un accueil chaleureux à l'enfant2. Commencer par des questions générales3. Demander à l'enfant s'il sait pour quelle raison il discute avec vous4. Expliquer les règles de l'entretien (l'enfant est autorisé à ne pas répondre à une question, ou à mettre un terme à l'entretien à tout moment, etc).5. Offrir à l'enfant un jouet ou une chose à laquelle s'agripper (si l'on dispose de quelque chose)6. Prononcer des phrases d'encouragement tout au long de l'entretien			

3. Expliquez comment le langage corporel (c'est-à-dire le contact visuel, la position du corps) doit être utilisé pour aider l'enfant à se sentir à l'aise et en sécurité.	L'employé doit citer 4 façons d'adapter le langage corporel pour obtenir le score le plus élevé :	<ol style="list-style-type: none"> 1. S'asseoir par terre avec les jeunes enfants 2. Utiliser un contact visuel approprié 3. Avoir une expression du visage chaleureuse 4. Prendre une voix douce 5. Autre méthode adaptée à la culture 			
4. Comment expliqueriez-vous à un enfant âgé de 10 à 12 en quoi consiste le renvoi à des services médicaux ?	L'employé doit citer les deux points ci-contre pour obtenir le score le plus élevé :	<ol style="list-style-type: none"> 1. En décrivant de façon précise les services médicaux (y compris les risques / conséquences) et 2. En expliquant à l'enfant quels sont ses droits pendant le traitement et l'examen médicaux. 			
5. Comment expliqueriez-vous à un enfant âgé de 10 à 12 ans en quoi consiste le renvoi à des services de protection ?	L'employé doit citer tous les points ci-contre pour obtenir le score le plus élevé :	<ol style="list-style-type: none"> 1. En décrivant de façon précise les services de protection (y compris les risques / conséquences) 2. En précisant ce qui se passera lorsque le personnel chargé de la protection s'entretiendra avec l'enfant. 3. En indiquant quels sont les droits de l'enfant et de sa famille au cours des entretiens avec la police 			
6. Que faut-il faire pour déterminer comment un enfant se sent en utilisant des supports adaptés aux enfants (dessins, jouets, etc.) ?	Toutes les idées ci-contre sont des réponses correctes :	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dessiner des visages représentant différents sentiments et demander à l'enfant lequel est le plus proche de ce qu'il ressent. 2. Demander à l'enfant de dessiner ce qu'il ressent dans sa tête et dans son cœur 3. Demander à l'enfant d'utiliser des couleurs pour représenter ses différents sentiments 4. Autre idée / activité proposée par le travailleur social qu'il serait intéressant d'essayer 			
7. Citez quelques uns des choix importants à donner aux enfants avant de commencer à discuter avec eux des violences qu'ils ont subies.	L'employé doit citer au minimum 3 choix pour obtenir le score le plus élevé :	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le choix d'être accompagné de la personne qui s'occupe de lui ou d'une personne de confiance 2. Le choix du lieu de la conversation 3. Le choix du moment de la conversation. 4. Si possible, le choix de s'entretenir avec un homme ou une femme – ce choix est plus spécifique aux garçons survivants. Les filles doivent de préférence s'entretenir avec un personnel féminin, car elles sont pratiquement toujours agressées par des hommes. 			
8. Si l'enfant est âgé de moins de 5 ans, avec qui devez-vous vous entretenir pour découvrir ce qui est arrivé à l'enfant ?	L'employé doit citer ces 2 personnes pour obtenir le score le plus élevé.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tout d'abord, la personne qui a amené l'enfant 2. La personne qui s'occupe de l'enfant (s'il y a lieu) 			
9. Citez quelques phrases réconfortantes importantes à dire à une personne qui s'occupe de l'enfant / un parent non incriminé(e), bouleversé(e) par les violences sexuelles subies par l'enfant.	L'employé doit citer au minimum 4 phrases pour obtenir le score le plus élevé :	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ce n'est pas de votre faute (si cela est vrai) 2. Nous pouvons vous aider et aider votre enfant à aller mieux. 3. Cela arrive aussi à d'autres enfants. 4. Cet incident ne veut pas dire que vous êtes un mauvais parent. L'agresseur est le seul responsable des violences sexuelles. 5. Autre affirmation adaptée à la culture. Apparition de problèmes, par exemple la perte de la capacité à parler. 			
10. Quelle doit être la durée maximale de l'entretien avec un enfant concernant les violences sexuelles qu'il a subies ?	Réponse correcte	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entre 30 minutes et une heure, en fonction de l'âge de l'enfant. 			

11. En quoi un entretien avec un enfant de 7 ans diffère-t-il d'un entretien avec un enfant de 17 ans ?	L'employé doit citer au minimum 2 points pour obtenir le score le plus élevé :	<ol style="list-style-type: none"> Un enfant de 17 ans est plus à même de comprendre ce qui lui est arrivé Un enfant de 17 ans parvient mieux à formuler des idées, des opinions sur ce qui doit être fait. Un enfant de 17 ans est davantage préoccupé par les répercussions sociales et les stigmates des violences. 			
12. Si l'enfant refuse de vous parler (et ne souffre ni d'un handicap, ni d'une déficience auditive), quelles sont les trois questions que vous devez vous poser en tant que travailleur social ?	L'employé doit citer au minimum 2 points pour obtenir le score le plus élevé :	<ol style="list-style-type: none"> Y a-t-il dans la pièce une personne devant laquelle l'enfant ne se sent pas en sécurité pour parler ? Ai-je un comportement qui met l'enfant mal à l'aise ? Le lieu de l'entretien permet-il à l'enfant de parler en toute sécurité ? 			
13. Décrivez, à l'aide d'un exemple, comment vous respecteriez l'avis, les croyances et les opinions d'un enfant au cours de vos interactions avec lui.	L'employé doit citer au minimum 2 points pour obtenir le score le plus élevé :	<ol style="list-style-type: none"> Je demanderais à l'enfant ce qu'il pense d'une mesure spécifique Au début et tout au long de l'entretien, je dirais à l'enfant qu'il a le droit d'exprimer ses sentiments et opinions. Je laisserais à l'enfant l'occasion de parler. Autre point supplémentaire adapté au contexte. 			
14. Décrivez en quoi l'attitude et les croyances d'un aidant concernant la violence sexuelle influent sur la communication avec les enfants.	L'employé doit citer au minimum 2 points pour obtenir le score le plus élevé :	<ol style="list-style-type: none"> Lorsque les aidants ont une attitude et une opinion adéquates, ils communiquent de façon vraie et attentive. Ils sont plus déterminés à aider l'enfant. Ils fournissent des informations et des conseils exacts et dénués de jugement. Autre point jugé acceptable par le superviseur. 			
15. QUESTION SUPPLÉMENTAIRE À ADAPTER AU PROGRAMME NATIONAL					
TOTAL DES POINTS DES QUESTIONS 1 À 15					
SCORE TOTAL					
Évaluer les compétences en communication De 20 à 30 points : NIVEAU ATTEINT : les scores compris dans cette fourchette indiquent que l'employé possède les connaissances clés exigées, et peut travailler de façon indépendante auprès d'enfants et de familles, sous supervision continue. De 10 à 19 points : NIVEAU PARTIELLEMENT ATTEINT : les scores compris dans cette fourchette indiquent que l'employé doit recevoir une formation supplémentaire pour acquérir des connaissances et aptitudes sur la communication centrée sur l'enfant. L'employé doit faire l'objet d'une étroite supervision s'il travaille auprès d'enfants ayant subi des violences sexuelles. De 0 à 9 points : NIVEAU NON ATTEINT : les scores compris dans cette fourchette indiquent que l'employé ne possède pas encore des connaissances et aptitudes suffisantes pour communiquer avec les enfants survivants. Une formation supplémentaire et une assistance doivent lui être fournies, et le test CCS-CA doit être de nouveau effectué au terme de la formation supplémentaire.			Évaluation finale : _____ NIVEAU ATTEINT _____ NIVEAU PARTIELLEMENT ATTEINT _____ NIVEAU NON ATTEINT		

AUTRES OBSERVATIONS ET COMMENTAIRES (détaillez ici les observations directes que vous avez faites sur l'employé et qu'il est important d'inclure dans l'évaluation des compétences en communication).

PLAN DE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES DE L'EMPLOYÉ (si nécessaire)

SIGNATURE DU SUPERVISEUR _____

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ _____





Chapitre 4

PRINCIPES DIRECTEURS ET PROBLÉMATIQUES CLÉS

Ce chapitre s'adresse aux prestataires de services de santé et de services psychosociaux.

CONTENU DE CE CHAPITRE :

- » Aperçu des principes directeurs à respecter pour travailler auprès d'enfants survivants
- » Directives pour gérer les problématiques clés
 - **Problématique clé n°1** : L'obligation de signaler les cas de violences sexuelles infligées aux enfants
 - **Problématique clé n°2** : La confidentialité dans les cas de violences sexuelles infligées aux enfants
 - **Problématique clé n°3** : Servir au mieux les intérêts de l'enfant : qui doit décider ?

APERÇU DU CHAPITRE

Ce chapitre présente une série de principes directeurs illustrant les meilleures pratiques mises en œuvre dans les secteurs de la protection de l'enfance et de la VBG. Ils énoncent des règles d'éthique et fournissent des conseils pratiques pour travailler auprès d'enfants survivants. Le chapitre explique ensuite comment gérer les problématiques et procédures clés, telles que l'obligation de signalement et les protocoles de confidentialité dans les cas de violences sexuelles infligées aux enfants. Enfin, il présente différentes façons d'équilibrer les intérêts de l'enfant tout au long de la prestation de services, en soulignant les rôles de l'enfant, de la personne qui s'occupe de l'enfant et du prestataire de services dans le processus décisionnel.

Ce chapitre sert d'introduction aux chapitres suivants, dans lesquels nous expliquerons comment fournir des services de gestion des cas et assurer des interventions psychosociales directes. Les prestataires de services doivent parfaitement maîtriser les thèmes abordés dans le présent chapitre avant d'intervenir auprès des enfants, car ils sont souvent tenus, dans le cadre des directives globales applicables à la prestation de services, de respecter certaines lois ou pratiques concernant l'obligation de signalement, la confidentialité ou la prise de décisions en vertu des procédures d'obtention du consentement éclairé. Le chapitre 5 explique de façon spécifique comment obtenir la permission des enfants et des personnes qui s'occupent des enfants pour la participation à la gestion des cas et les renvois vers d'autres services (cette permission est appelée consentement éclairé ou assentiment éclairé).

LES PRINCIPES DIRECTEURS À RESPECTER POUR TRAVAILLER AUPRÈS D'ENFANTS SURVIVANTS

Les prestataires de services qui assurent la prise en charge des enfants survivants doivent respecter un socle commun de principes qui orientent la prise de décisions et permettent de garantir la qualité globale des soins. Ces principes directeurs définissent les responsabilités morales et les comportements des prestataires qui fournissent des services directs aux enfants et aux familles sollicitant une assistance. Ils permettent ainsi de veiller à ce que les mesures prises au nom des enfants bénéficiaires reposent sur des normes de prise en charge visant à promouvoir la santé et le bien-être de ces derniers, mais aussi de veiller à ce que tous les acteurs impliqués soient responsables de leurs actes et leurs comportements par rapport à des normes minimales, grâce auxquelles les enfants et les familles peuvent recevoir les meilleurs soins possible.

Ces principes directeurs reposent sur les meilleures pratiques décrites dans les Principes directeurs de l'UNHCR pour la prévention et l'intervention en matière de violence sexuelle, ainsi que dans la Convention relative aux droits de l'enfant des Nations Unies.⁵² Il est attendu du personnel humanitaire fournissant des services de gestion des cas, des services de santé ou des services psychosociaux aux enfants survivants qu'il respecte ces principes et sache comment les mettre en œuvre dans la pratique.

1. Servir au mieux l'intérêt de l'enfant

Pour dispenser des soins de qualité, il est fondamental de servir au mieux l'intérêt de l'enfant. Pour ce faire, il est particulièrement important de garantir sa sécurité physique et émotionnelle, c'est-à-dire son bien-être, tout au long de la prise en charge et du traitement. Les prestataires de services doivent évaluer les répercussions positives et négatives de leurs interventions, avec l'aide de l'enfant et des personnes qui s'occupent de l'enfant (s'il y a lieu). Les lignes de conduite les moins préjudiciables doivent toujours être privilégiées. Toutes les mesures prises doivent permettre à l'enfant de continuer à jouir de ses droits à la sécurité et à un épanouissement continu.

2. Assurer la sécurité de l'enfant

Il est crucial de garantir la sécurité physique et émotionnelle de l'enfant tout au long de la prise en charge et du traitement. Toutes les mesures prises au nom d'un(e) enfant doivent préserver son bien-être physique et émotionnel à court et à long termes.

⁵² La violence sexuelle à l'encontre des réfugiés : principes directeurs concernant la prévention et l'intervention © 1995, Haut Commissaire des Nations Unies pour les réfugiés, Genève. Ce document peut être téléchargé à l'adresse suivante : <http://www.icva.ch/doc00000837.html>

3. Rassurer l'enfant

Les enfants qui révèlent avoir subi des sévices sexuels ont besoin d'être rassurés, encouragés et soutenus par les prestataires de services. Ces derniers doivent avoir été formés à réagir de façon adéquate à ces révélations. Ils ne doivent jamais mettre en doute les dires des enfants, ni les rendre responsables, de quelque façon que ce soit, de l'agression sexuelle. Les prestataires de services ont une responsabilité fondamentale : aider l'enfant à se sentir en sécurité et entouré(e) au cours de la prestation de services.

4. Garantir un niveau de confidentialité approprié

Les informations sur les violences subies par un(e) enfant doivent être recueillies, exploitées, partagées et conservées en toute confidentialité. Pour cela, ces informations doivent être : 1) recueillies de façon confidentielle au cours des entretiens ; 2) communiquées conformément aux lois et politiques locales, aux seules personnes qui ont besoin de ces informations, et avec la permission préalable de l'enfant et/ou la personne qui s'occupe de l'enfant ; 3) et conservées de façon sécurisée. Dans les contextes où les prestataires de services sont tenus par la loi de signaler aux autorités locales les cas de violences sexuelles infligées aux enfants, les procédures relatives à l'obligation de signalement doivent être expliquées aux enfants et aux personnes qui s'occupent des enfants au début de la prestation de services. Par ailleurs, il existe des limites au principe de confidentialité lorsque la santé ou la sécurité de l'enfant est en jeu. Ces limites visent à protéger l'enfant.

5. Impliquer l'enfant dans le processus décisionnel

Les enfants ont le droit de prendre part aux décisions qui concernent leur vie. Le niveau d'implication des bénéficiaires dans le processus décisionnel doit être en adéquation avec leur âge et leur degré de maturité. Le fait d'entendre les idées et opinions d'un(e) enfant ne doit pas remettre en cause les droits et les responsabilités des personnes qui s'occupent des enfants d'exprimer leurs points de vue sur les questions qui concernent les bénéficiaires. Les prestataires de services peuvent ne pas toujours être en mesure de respecter les souhaits des enfants (pour agir dans leur intérêt) ; néanmoins, ils doivent toujours

PRINCIPES DIRECTEURS À RESPECTER POUR TRAVAILLER AUPRÈS D'ENFANTS SURVIVANTS

1. Servir au mieux l'intérêt de l'enfant
2. Assurer la sécurité de l'enfant
3. Rassurer l'enfant
4. Garantir un niveau de confidentialité approprié
5. Impliquer l'enfant dans le processus décisionnel
6. Traiter chaque enfant de façon juste et équitable
7. Renforcer la résilience de l'enfant

les responsabiliser et les soutenir, et s'adresser à eux de façon transparente, avec tout le respect qui leur est dû. Lorsque les souhaits des enfants ne peuvent être traités de façon prioritaire, il convient de leur expliquer pourquoi.

6. Traiter chaque enfant de façon juste et équitable (principe de non-discrimination et d'inclusion)

Tous les enfants doivent recevoir les mêmes soins et traitements de qualité, quels que soient leur race, leur religion, leur sexe, leur situation familiale ou le statut des personnes qui s'occupent d'eux, leurs origines culturelles, leur situation financière, leurs capacités uniques ou leurs handicaps, pour avoir l'opportunité d'exploiter tout leur potentiel. Aucun enfant ne doit être traité injustement, pour quelque raison que ce soit.

7. Renforcer la résilience de l'enfant

Chaque enfant a des aptitudes et des points forts uniques, et la capacité de guérir. C'est aux prestataires de services que revient la responsabilité d'identifier et exploiter les forces naturelles de l'enfant et la famille dans le cadre du processus de rétablissement et de guérison. Les facteurs qui favorisent la résilience des enfants doivent être recherchés et pris en compte au cours de la prestation de services. Les enfants bien entourés, qui ont l'occasion de participer de façon significative à la vie familiale et communautaire, et qui se considèrent comme des personnes fortes sont plus susceptibles de guérir et se remettre des violences subies.⁵³

L'APPLICATION DES PRINCIPES DIRECTEURS À LA GESTION DES CAS

Les principes directeurs sont mis en œuvre de façon concrète dans les interventions quotidiennes. Les prestataires de services s'y conforment de différentes façons, à différents moments, et en fonction de la situation spécifique de l'enfant. Le premier principe directeur, servir au mieux l'intérêt de l'enfant, peut prendre un sens différent selon les cas. Par exemple, ce n'est pas servir l'intérêt d'une jeune fille de 14 ans ayant été agressée sexuellement par son père que d'obtenir le consentement du père pour prodiguer des soins et un traitement. Pourquoi ? Parce qu'il est l'agresseur, et qu'il est dangereux d'impliquer l'agresseur dans la prise en charge et le traitement d'un(e) enfant. Par conséquent, cette enfant peut être habilitée à décider elle-même (principe directeur n°5) de recevoir un traitement psychosocial ou des services de santé, à l'insu

⁵³ Perry, B. (2007). *The boy who was raised as a dog: And other stories from a child psychiatrist's notebook: What traumatized children can teach us about loss, love, and healing*. New York : Basic Books.



Photo : Gina Bramucci/IRC

de son père. Dans ce cas précis, le travailleur social doit déterminer s'il est prudent ou non (principe directeur n°2) d'impliquer la mère de l'enfant dans le traitement, en fonction des points de vue et opinions de l'enfant (principe directeur n°5) et des risques et bénéfices potentiels associés à la participation de la mère (principe directeur n°2) Il/elle doit également déterminer comment gérer la confidentialité (principe directeur n°4), et notamment décider s'il faut ou non informer la mère de la situation de l'enfant, en partant d'une analyse rigoureuse des différents facteurs, et en partenariat avec l'enfant.

La mise en application des principes directeurs dans le travail quotidien de gestion des cas requiert pratique, supervision et réflexion, et suppose d'analyser de façon rigoureuse un ensemble de facteurs complexes, spécifiques à la situation de chaque enfant. Ces principes ont été élaborés pour faciliter le processus décisionnel ; il ne s'agit pas d'une formule pour arrêter une ligne de conduite. Pour prendre des décisions et assurer une gestion des cas performante, le travailleur social doit faire appel à sa sensibilité et à sa capacité à appliquer ces principes, en cherchant constamment à servir au mieux l'intérêt de l'enfant. Les superviseurs et directeurs doivent former les employés de façon rigoureuse, et superviser leur travail pour contrôler la mise en application de ces principes au quotidien.

LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS SURVIVANTS : PROBLÉMATIQUES CLÉS

Cette section aborde différentes problématiques clés inhérentes aux interventions auprès d'enfants survivants :

Problématique n°1 : Les exigences liées à l'obligation de signalement

Problématique n°2 : Les protocoles de confidentialité dans les cas impliquant des enfants

Problématique n°3 : Servir au mieux l'intérêt de l'enfant : Équilibrer les rôles dans le processus décisionnel

PROBLÉMATIQUE N°1 : LES EXIGENCES LIÉES À L'OBLIGATION DE SIGNALEMENT

Lorsqu'ils interviennent auprès d'enfants, et non plus auprès d'adultes, les prestataires de services de santé et de services psychosociaux doivent se conformer aux lois et politiques régissant les interventions face aux violences suspectées ou avérées infligées aux enfants. Le champ d'application et la mise en pratique de ces lois et politiques, souvent désignées « lois relatives à l'obligation de signalement », peuvent varier d'une situation de crise humanitaire à l'autre. Pour s'y conformer de façon adéquate, les prestataires de services doivent bien connaître les lois en vigueur dans leur contexte. Lorsqu'il existe des lois ou mécanismes spécifiques, ils doivent mettre en place des procédures pour signaler les cas de violences suspectées ou avérées avant d'intervenir directement auprès des enfants. Différents éléments doivent être définis par les acteurs concernés pour mettre au point les mécanismes de signalement les plus sûrs et les plus performants possible. La première question à se poser est la suivante : existe-t-il, dans mon contexte, une loi ou politique relative à l'obligation de signalement ? Si la réponse est oui, les différents acteurs doivent élaborer des procédures à partir des réponses aux questions fondamentales suivantes :

- » Qui est tenu de signaler les cas de violence à l'égard des enfants ?
- » Qui sont les personnes mandatées pour enregistrer ces signalements ?
- » À quel moment le signalement s'impose-t-il ? (Par ex. en cas de suspicion de maltraitance ?)
- » Quelles informations faut-il fournir ?
- » Qu'impose la réglementation concernant le choix du moment ou d'autres procédures ?
- » Comment la confidentialité est-elle préservée ?
- » Quelles sont les implications légales d'un défaut de signalement ?

SIGNALER LES CAS DE VIOLENCE SEXUELLE À L'ÉGARD DES ENFANTS

Lorsqu'ils sont tenus de signaler aux autorités locales les cas de violences sexuelles infligées aux enfants, et qu'il existe des mécanismes de signalement opérationnels, les prestataires de services doivent respecter le protocole local et expliquer clairement ce protocole au/à la bénéficiaire. Le signalement des cas de violences sexuelles suspectées ou avérées est un processus particulièrement délicat ; il doit donc être géré de la façon la plus sûre et la plus discrète possible. L'obligation de signalement des cas de violence à l'égard des enfants ne s'apparente pas au renvoi vers d'autres organismes pour assurer la protection immédiate des enfants exposés à un danger imminent. Lorsqu'un(e) enfant est exposé(e) à un danger imminent, les travailleurs sociaux doivent prendre des mesures pour garantir sa sécurité (en l'adressant à la police locale, aux organismes offrant des services de protection etc.) avant de procéder au signalement obligatoire auprès des organismes désignés. Ce n'est qu'une fois l'enfant en sécurité que l'on peut appliquer les procédures de signalement obligatoire. Voici quelques exemples de meilleures pratiques pour signaler les cas de violences sexuelles infligées aux enfants (dans les contextes où des mécanismes de signalement sont opérationnels) :

- » prévoir des protocoles pour garantir la plus grande discrétion et préserver l'anonymat de tous les enfants survivants ;
- » connaître les critères qui imposent un signalement ;
- » procéder aux signalements verbaux et/ou écrits (selon les dispositions de la loi) dans un délai précis (généralement de 24 à 48 heures) ;
- » fournir uniquement les informations nécessaires au signalement ;
- » expliquer le processus à l'enfant et à la personne qui s'occupe de l'enfant, ainsi que les raisons du signalement ; et
- » consigner le signalement dans le dossier de l'enfant et assurer un suivi auprès de la famille et des autorités concernées.

Les stratégies à adopter pour signaler les abus tout en garantissant discrétion et confidentialité aux enfants survivants et à leur famille doivent être envisagées et approuvées par les principaux acteurs sur le terrain. En voici quelques exemples : déterminer, avec d'autres acteurs, la quantité minimale d'informations nécessaires au signalement ; signaler le cas à une seule entité/ personne mandatée pour recevoir le signalement ; et élaborer des directives régissant les modalités de conservation des informations par des tiers.

N'OUBLIEZ PAS

L'intérêt de l'enfant doit être la première préoccupation du travailleur social lorsqu'il/elle intervient en son nom, y compris dans le cadre de lois relatives à l'obligation de signalement.

SERVIR AU MIEUX L'INTÉRÊT DE L'ENFANT DANS LES PROCÉDURES DE SIGNALEMENT OBLIGATOIRE

Les exigences relatives à l'obligation de signalement peuvent poser des problèmes d'éthique et de sécurité dans les situations de crise humanitaire, où les structures de gouvernance sont souvent défailtantes, et où les lois existent mais ne sont pas appliquées. Dans les situations d'urgence, où des mécanismes de signalement opérationnels et sûrs peuvent faire défaut, et où la situation en matière de sécurité peut être instable ou dangereuse, l'obligation de signalement des cas de violence sexuelle à l'égard des enfants peut déclencher une série d'événements susceptibles d'exposer l'enfant à de nouveaux dangers. Par conséquent, il peut ne pas être dans son intérêt de procéder au signalement. Des enquêteurs peuvent par exemple se présenter au domicile de l'enfant, et donc potentiellement violer la confidentialité à l'échelle familiale ou communautaire (ce qui peut déclencher des représailles). Par ailleurs, il n'existe pas toujours de services adaptés aux enfants, ce qui crée un risque supplémentaire (par ex. la séparation de la famille, le placement en institution, ou la confiscation de dossiers privés). Les autorités locales peuvent elles-mêmes se livrer à des actes de violence, ou simplement ignorer les meilleures pratiques ou les principes directeurs.

Si les critères suivants sont satisfaits, malgré l'existence théorique de dispositions légales impératives, il est conseillé aux prestataires de services d'appliquer le principe directeur fondamental – servir au mieux l'intérêt de l'enfant – pour orienter la prise de décisions au cours de la prestation de services centrés sur l'enfant :

- » les autorités n'ont pas adopté de procédures et directives claires concernant l'obligation de signalement ;
- » il n'existe pas, à l'échelle locale, de services de protection ou de services juridiques efficaces pour procéder au signalement de façon adéquate ;
- » le signalement pourrait compromettre la sécurité de l'enfant dans son foyer ou au sein de sa communauté.

Lorsque ces critères sont satisfaits, les prestataires de services doivent suivre un processus décisionnel privilégiant la sécurité de l'enfant, avant d'évaluer les implications légales d'un défaut de signalement. Les superviseurs doivent systématiquement être consultés au cours de ce processus, pour déterminer quelle est la meilleure direction à prendre. Pour ce faire, il est conseillé aux prestataires de services de suivre les étapes suivantes :

ÉTAPE N°1

Poser les questions suivantes pour orienter la prise de décisions :

- a. Le signalement aggraverait-il le risque de préjudice pour l'enfant ?
- b. Quelles sont les répercussions positives et négatives du signalement ?
- c. Quelles sont les implications légales d'un défaut de signalement ?

ÉTAPE N°2

Consulter le superviseur et/ou le directeur de la gestion des cas du programme pour prendre une décision et élaborer un plan d'action.

ÉTAPE N°3

Consigner, en collaboration avec un superviseur ou directeur, les raisons pour lesquelles le cas doit être signalé ; ou au contraire, consigner les problèmes de sécurité ou de protection qui excluent un signalement.

EXPLIQUER L'OBLIGATION DE SIGNALEMENT AU TOUT DÉBUT DE LA PRISE EN CHARGE ET DU TRAITEMENT

Lorsque des lois et politiques relatives à l'obligation de signalement sont en vigueur et respectées, les prestataires de services doivent impérativement expliquer à l'enfant ainsi qu'à la personne qui s'occupe de l'enfant quelles sont leurs responsabilités à ce sujet au début de la prestation de services. Ces explications peuvent être fournies lors de l'obtention du consentement éclairé initial pour la prestation de services (pour plus d'informations sur les procédures relatives à l'obtention du consentement éclairé, se reporter au chapitre 5).

Lorsque le signalement est impératif, les prestataires de services doivent communiquer les informations suivantes aux enfants et aux personnes qui s'occupent des enfants :

- » le nom de l'organisation/la personne à laquelle le travailleur social va signaler le cas ;
- » les renseignements précis qui seront fournis ;
- » la façon dont ces renseignements seront fournis (par écrit, verbalement etc.) ;
- » l'issue probable du signalement ;
- » les droits de l'enfant et de la famille au cours du processus.

Les enfants, notamment les adolescents, et les personnes qui s'occupent des enfants doivent prendre part aux décisions visant à déterminer comment respecter cette obligation de signalement de la façon la plus sûre et la plus confidentielle possible. Autrement dit, les prestataires de services doivent tenir compte de leurs points de vue et idées sur la façon dont le signalement doit être effectué. Cela ne veut pas dire que l'enfant et la personne qui s'occupe de l'enfant peuvent décider s'il faut ou non procéder ou signalement ; en revanche, ils/elles peuvent contribuer à déterminer quand et comment ce signalement doit être effectué. Les prestataires de services qui possèdent des connaissances approfondies sur les procédures relatives à l'obligation de signalement sont les mieux placés pour travailler auprès d'enfants et de familles bénéficiaires ; ils seront en effet à même d'appliquer la procédure conformément aux exigences

SYNTHÈSE DES COMPÉTENCES CLÉS CONCERNANT L'OBLIGATION DE SIGNALEMENT :

Les prestataires de services doivent :

- » posséder des connaissances précises sur les lois/politiques relatives à l'obligation de signalement en vigueur dans leur contexte ;
- » être en mesure d'analyser les critères spécifiques permettant de déterminer si le signalement est ou non dans l'intérêt de l'enfant, de consigner ces informations puis de les communiquer aux superviseurs et/ou à l'équipe assurant la prise en charge de l'enfant ;
- » être en mesure d'expliquer aux enfants et aux personnes qui s'occupent des enfants les exigences relatives à l'obligation de signalement, dès le début de la prestation de services.
- » **À noter** : Les mesures les plus bénéfiques/les moins préjudiciables pour l'enfant, et les moins intrusives pour la famille, peuvent être prises tant que la sécurité de l'enfant est assurée.

PROBLÉMATIQUE N°2 : LES PROTOCOLES DE CONFIDENTIALITÉ DANS LES CAS IMPLIQUANT DES ENFANTS

La confidentialité est un principe d'éthique étroitement lié aux professions médicales et sociales, mais également l'un des principes directeurs des interventions face à la VBG, des interventions médicales et des interventions pour la protection de l'enfance ; les travailleurs sociaux sont tenus au secret professionnel, qui s'inscrit dans le cadre des meilleures pratiques. Pour respecter le principe de confidentialité, les prestataires de services ont le devoir de recueillir les informations de façon sécurisée, de protéger toutes les informations collectées à propos des enfants survivants, et d'accepter de ne diffuser ces informations qu'avec l'autorisation (ou le consentement éclairé et/ou l'assentiment éclairé) explicite de l'enfant bénéficiaire et de la personne qui s'occupe de l'enfant.

Les protocoles et décisions relatifs à la confidentialité sont plus simples dans les cas impliquant des adultes. À titre d'exemple, ce sont presque toujours les adultes survivants qui décident à qui les informations doivent être communiquées, décisions que sont tenus de respecter les travailleurs sociaux.⁵⁴ En revanche, dans les cas impliquant des enfants, et plus spécifiquement de jeunes enfants, les travailleurs sociaux doivent connaître les limites légales du principe de confidentialité, et expliquer ces limites aux enfants et aux personnes qui s'occupent des enfants avec franchise et clarté.

Dans les situations suivantes, les prestataires de services peuvent être amenés à partager des informations avec des tiers :

- » il existe des lois et politiques relatives à l'obligation de signalement ;
- » la sécurité physique et/ou émotionnelle de l'enfant doit être protégée, ou l'enfant nécessite une assistance immédiate. Ce principe s'applique lorsque l'enfant :
 - risque de se blesser ou de mettre fin à ses jours (suicide),
 - risque d'être blessé(e) ou tué(e) par un autre individu,
 - risque de blesser ou tuer une autre personne (homicide),
 - est blessé(e) et nécessite une prise en charge médicale immédiate ;
- » il est nécessaire d'informer le parent de l'enfant/la personne qui s'occupe de l'enfant pour obtenir l'autorisation de dispenser des soins et un traitement à l'enfant, tant que cela ne présente aucun danger. Par exemple, lorsqu'un(e) enfant de 10 ans, bien entouré(e) dans son foyer, demande de façon indépendante à bénéficier de services sociaux et/ou de santé, l'autorisation parentale doit être obtenue pour soigner l'enfant.

Il est conseillé d'élaborer d'un ensemble standard de protocoles de confidentialité spécifiques à chaque organisme afin d'orienter l'ensemble du personnel amené à intervenir auprès des enfants. Ces protocoles aideront les prestataires de services à expliquer les choses de façon claire et cohérente aux enfants bénéficiaires avant de débiter la prestation de services. Les discussions visant à déterminer comment protéger au mieux l'anonymat de l'enfant et son accès aux services de soutien font partie intégrante du processus de gestion des cas. Dans le cadre des renvois, abordés au chapitre 5, les prestataires de services discutent avec les bénéficiaires pour déterminer quelles informations ils souhaitent communiquer aux autres prestataires de services, et de quelle façon. Lorsqu'un(e) enfant doit être protégé(e), par exemple parce qu'il/elle est harcelé(e) et exposé(e) à un danger imminent, il peut s'avérer nécessaire de fournir des informations aux forces publiques locales pour protéger l'enfant. Cela ne signifie pas que toutes les informations concernant le cas doivent être partagées pour fournir un service ou assurer la sécurité de l'enfant. Le volume et la nature des informations communiquées doivent toujours être définis lors de discussions avec l'enfant et la personne qui s'occupe de l'enfant.

⁵⁴ Excepté lorsque l'adulte survivant risque de se suicider, ou de blesser/tuer quelqu'un.

EXPLIQUER LES LIMITES DE LA CONFIDENTIALITÉ

Les prestataires de services peuvent expliquer aux enfants les limites de la confidentialité en veillant à respecter leur dignité. Pour ce faire, ils doivent être aptes à communiquer avec des enfants de tous âges, et respecter le principe fondamental selon lequel les expériences et récits des enfants leur appartiennent, en les faisant participer aux décisions concernant les modalités du partage d'information (quelles informations ? comment ? avec qui ?), conformément aux protocoles existants. En règle générale, les limites de la confidentialité sont expliquées au cours du processus d'obtention du consentement éclairé. Deux textes types sont proposés ci-après pour expliquer le principe de confidentialité à des enfants de différents âges :



TEXTE TYPE : EXPLIQUER LA CONFIDENTIALITÉ À UN(E) BÉNÉFICIAIRE DE 8 ANS

« Mon travail consiste à discuter avec les enfants et à les aider à résoudre leurs problèmes. Je m'intéresse à toi et à ce qui t'es arrivé(e), et je veux m'assurer que tu es en sécurité. Ce que tu vas me dire restera entre toi et moi, sauf si tu me dis quelque chose qui m'inquiète, ou si tu as besoin d'une aide que je ne peux pas t'apporter. Si je m'inquiète pour ta sécurité, il faudra peut-être que je parle à quelqu'un qui peut t'aider. Si nous avons besoin de l'aide d'une autre personne pour examiner ton corps, ou si nous avons besoin de parler à quelqu'un qui peut contribuer à ta sécurité, nous discuterons ensemble de cette autre personne, et nous déciderons quoi lui dire. Mon rôle est de tout faire pour qu'on ne te fasse plus de mal. Nous aurons peut-être besoin de l'aide d'autres personnes pour garantir ta sécurité et protéger ta santé. Est-ce que tu es d'accord ? »



TEXTE TYPE : EXPLIQUER LA CONFIDENTIALITÉ À UN(E) BÉNÉFICIAIRE DE 12 ANS

« Mon travail consiste à discuter avec les enfants et à les aider à résoudre leurs problèmes. La plupart de notre discussion restera entre toi et moi. Cependant, nous devons peut-être révéler à d'autres personnes certains des problèmes dont tu pourras me parler. Par exemple, si je ne suis pas capable de résoudre un de tes problèmes, nous devons discuter avec d'autres personnes capables de t'aider. Ou si je m'aperçois que tu cours un grave danger, je devrai en informer [insérer ici le nom de l'organisme concerné]. Si tu me dis que tu as l'intention de te blesser gravement, je devrai en informer tes parents, ou un autre adulte de confiance. Si tu me dis que tu as l'intention de blesser quelqu'un gravement, je devrai le signaler. Ces problèmes ne pourront pas rester entre toi et moi, car je veux être sûr(e) que tu es en sécurité et protégé(e). Tu peux parler de tout avec moi, mais il y a certaines choses dont nous devons discuter avec d'autres personnes, est-ce que tu comprends ?

S'ASSURER QUE L'ENFANT COMPREND

Une fois que l'on a expliqué la confidentialité à l'enfant, il est important de lui poser quelques questions pour s'assurer qu'il/elle a compris ce qui lui a été dit. Les questions telles que « Peux-tu me dire ce que je dois faire si je pense que quelqu'un te fait du mal ? » ou « Peux-tu me dire en quoi consiste mon travail ? » vous aideront à évaluer le niveau de compréhension de l'enfant.

PROBLÉMATIQUE CLÉ N°3 : SERVIR AU MIEUX L'INTÉRÊT DE L'ENFANT : ÉQUILIBRER LES RÔLES DANS LE PROCESSUS DÉCISIONNEL

Chaque service a pour fondement le principe suivant : veiller à ce que les mesures prises au nom des enfants survivants servent au mieux leur intérêt. Comme nous l'avons indiqué précédemment, dans les principes directeurs, plusieurs étapes doivent être observées pour déterminer quelles lignes de conduite sont dans l'intérêt d'un(e) enfant en particulier : 1) évaluer de façon rigoureuse la situation de l'enfant ; 2) discuter de façon constructive avec l'enfant et les personnes qui s'occupent de l'enfant pour déterminer ce qui, selon eux/elles, est dans l'intérêt de l'enfant ; et 3) tâcher d'identifier la ligne de conduite la moins préjudiciable. Par ailleurs, pour appliquer ce principe directeur, les travailleurs sociaux doivent posséder des connaissances générales sur les rôles et les droits de l'enfant et des personnes qui s'occupent de l'enfant dans les processus décisionnels, notamment lorsque les décisions des personnes qui s'occupent de l'enfant ne servent pas l'intérêt de ce dernier/cette dernière. Les prestataires de services peuvent parfois être amenés à contribuer à la prise de décisions éclairées au nom d'un(e) enfant dans le cadre de leur responsabilité de protection. Comme pour toute intervention relevant du travail social ou de la santé, les prestataires de services doivent systématiquement chercher à comprendre le contexte et les perspectives des bénéficiaires, et s'efforcer de suivre une voie en adéquation avec l'objectif visé : protéger et promouvoir la santé et le bien-être de l'enfant.

Ils ont pour responsabilité de servir au mieux l'intérêt de l'enfant tout au long de la gestion des cas, notamment en favorisant l'adoption de mesures répondant à cet objectif, et en défendant la cause de l'enfant auprès d'autres prestataires de services. Dans le domaine de la gestion des

cas, il existe des critères spécifiques permettant d'identifier les mesures qui favorisent la santé et le bien-être des enfants. **Ces mesures sont celles qui permettent de :**

- » protéger l'enfant de souffrances psychologiques et/ou physiques nouvelles ou potentielles ;
- » tenir compte des souhaits et besoins de l'enfant ;
- » responsabiliser l'enfant et sa famille ;
- » évaluer puis équilibrer les bénéfices et les conséquences potentiellement préjudiciables ;
- » favoriser le rétablissement et la guérison de l'enfant.

LE RÔLE DES PERSONNES QUI S'OCCUPENT DE L'ENFANT DANS LES DÉCISIONS SUR LA PRISE EN CHARGE ET LE TRAITEMENT

Ce sont généralement les parents ou les personnes qui s'occupent de l'enfant qui servent au mieux l'intérêt de ce dernier/cette dernière. Aussi est-il fondamental d'impliquer ces personnes dans la prise en charge et le traitement d'un(e) enfant. Légalement, les parents et les tuteurs légaux (par ex. les personnes qui s'occupent de l'enfant) ont le droit de prendre des décisions concernant le traitement de l'enfant jusqu'à ce qu'il/elle atteigne l'âge adulte et/ou l'âge légal du consentement (qui varie selon les pays). Dans de nombreuses situations de crise humanitaire, telles que les camps de réfugiés ou les zones touchées par une catastrophe, où la règle de droit n'est pas totalement respectée, les travailleurs sociaux peuvent faire participer les personnes qui s'occupent de l'enfant (non incriminées dans les sévices) au processus décisionnel pour les enfants âgés de 17 ans et moins, sous réserve que leur participation n'aille pas à l'encontre de l'intérêt de l'enfant.



Photo : UNICEF/Marta Ramoneda/Haiti

LES PERSONNES NÉGLIGENTES OU ABSENTES

Dans certaines situations, la personne qui s'occupe de l'enfant/le parent peut être absent(e), ne pas souhaiter ou ne pas être en mesure d'exercer ses responsabilités parentales fondamentales. Ses actions peuvent nuire au bien-être de l'enfant lorsque :

- » on soupçonne le parent ou tuteur d'être impliqué dans les violences sexuelles ;
- » l'enfant pourrait être victime de réactions préjudiciables, telles que des châtiments corporels ou une expulsion du domicile ;
- » l'enfant ne souhaite pas que ses parents soient informés des violences subies (et il/elle est suffisamment âgé(e)/mentalement apte à prendre une décision aussi complexe) ;
- » l'enfant est non accompagné(e) ou séparé(e) de sa famille, et aucun adulte responsable n'assume le rôle de tuteur.

Dans les situations où la personne qui s'occupe de l'enfant ne partage pas l'avis de l'enfant bénéficiaire et du prestataire de services pour ce qui est de servir au mieux l'intérêt de l'enfant, le travailleur social doit discuter avec elle afin de parvenir, idéalement, à un accord permettant de soutenir l'enfant de la meilleure façon possible. En cas d'échec, et si le travailleur social estime que la personne qui s'occupe de l'enfant n'agit pas dans l'intérêt de l'enfant, il peut s'avérer nécessaire de faire intervenir l'organisme prestataire de services (par exemple si le parent refuse de consentir à des mesures vitales ou aux soins médicaux post-agression). Le travailleur social doit impérativement consulter son superviseur avant d'intervenir contre la volonté des parents.

Si les souhaits du parent/de la personne qui s'occupe de l'enfant ne servent pas au mieux l'intérêt de l'enfant, s'agissant notamment de ses besoins immédiats (santé et sécurité), les mesures suivantes doivent être prises :

ÉTAPE N°1

Fournir des informations aux membres de la famille de l'enfant (non incriminés dans les sévices), personnellement ou par l'intermédiaire d'un superviseur ou d'un autre adulte de confiance, dans l'optique de les faire adhérer au meilleur plan d'action ou traitement possible. Généralement, une fois que l'on a expliqué aux parents et aux personnes qui s'occupent de l'enfant, inquiets pour ce dernier/cette dernière, la raison pour laquelle une intervention particulière est nécessaire pour protéger la santé et le bien-être de l'enfant, ils autorisent la prestation de services et s'impliquent dans le processus de guérison.

ÉTAPE N°2

En concertation avec les superviseurs, discuter avec l'enfant et la personne qui s'occupe de l'enfant/les membres de sa famille des éléments suivants (si une telle discussion n'expose pas l'enfant à un danger supplémentaire) :

- » la raison pour laquelle une décision particulière est prise (par exemple, la décision de dispenser un traitement médical ou d'offrir un hébergement sûr à l'enfant) ;
- » le fait que la décision est temporaire (préciser le délai jusqu'à la réévaluation de la décision, expliquer les étapes ultérieures pour cette réévaluation puis en discuter) ;
- » toutes les dispositions prises en faveur de l'enfant/la personne qui s'occupe de l'enfant ; par exemple si l'enfant a été placé(e) en lieu sûr, loin de ses parents et/ou des membres de sa famille. Remarque : si le travailleur social craint que l'enfant ne soit pas en sécurité au sein de son foyer, il/elle doit faire tout son possible pour lui offrir un refuge/logement à court terme plus sûr.

ÉTAPE N°3

Suivre les étapes convenues.

LE RÔLE DE L'ENFANT DANS LE PROCESSUS DÉCISIONNEL

Les principes directeurs visent non seulement à protéger l'intérêt des enfants, mais également à encourager les prestataires de services à être attentifs aux pensées, idées et opinions des enfants concernant leur prise en charge et leur traitement. En leur fournissant des informations sur le processus, et en leur offrant la possibilité d'exprimer leurs pensées, les prestataires de services les aident à se sentir en sécurité tout au long de la prise en charge et du traitement. Les droits des enfants à participer au processus décisionnel sont régis par la législation locale et les politiques appliquées par les prestataires de services.

REMARQUE SPÉCIFIQUE

Les prestataires de services doivent parfaitement comprendre leur rôle dans le processus décisionnel lorsqu'ils interviennent auprès d'enfants qui sollicitent des services. Ce rôle ne consiste pas à prendre les décisions que le prestataire pense être bonnes pour l'enfant, mais plutôt à aider l'enfant à comprendre les différentes options, et à lui offrir les conditions de sécurité nécessaires pour lui permettre d'exprimer ce qu'il/elle aimerait qu'il se passe. Les prestataires de services doivent être conscients de leurs convictions et attitudes personnelles lorsqu'ils travaillent auprès de bénéficiaires, et plus particulièrement auprès d'enfants ; ils ne doivent pas révéler leurs convictions personnelles pour déterminer ce que les enfants doivent faire ou ne pas faire.



Ces derniers doivent posséder différentes informations concernant ces droits légaux des enfants :

- » le nom de la/des personne(s) habilitée(s) à donner sa/leur permission (consentement éclairé) pour la prise en charge et le traitement d'un(e) enfant dans le contexte local ;
- » l'âge auquel l'enfant est apte à consentir de façon indépendante à la prise en charge et au traitement dans le contexte local ;
- » les mécanismes permettant à des tiers de donner leur consentement si les personnes qui s'occupent de l'enfant ou ses parents ne sont pas disponibles, ou si l'une de ces personnes est l'agresseur présumé.

Les capacités des enfants à former et exprimer leurs opinions se développent avec l'âge ; la plupart des adultes considèrent naturellement que les adolescents sont plus matures et mieux informés que les enfants en bas âge. Dans certaines situations, les adolescents qui demandent à bénéficier d'un soutien psychosocial ou de services de santé peuvent avoir de très bonnes raisons de ne pas souhaiter que les personnes qui s'occupent d'eux soient informées de ce qui leur est arrivé, ou connaissent la raison pour laquelle ils demandent à recevoir des soins. C'est particulièrement vrai dans les cas de violence sexuelle impliquant des membres de la famille et/ou des amis proches de la famille. Les prestataires de services doivent néanmoins tâcher d'identifier un adulte fiable et de confiance dans l'entourage de l'enfant, qui puisse être impliqué dans les décisions relatives à la prise en charge et au traitement. Autrement, il peut s'avérer utile de connaître l'âge et le niveau de développement des enfants, et de savoir dans quelle mesure ces paramètres influent sur leur droit de participer au processus décisionnel. Par exemple :

- » les enfants de 15 ans et plus sont généralement suffisamment matures pour prendre leurs propres décisions ;
- » les enfants de 13 à 14 ans sont présumés suffisamment matures pour contribuer de façon significative aux décisions concernant leur prise en charge et leur traitement ;
- » les enfants de 9 à 12 ans peuvent participer de façon significative au processus décisionnel, mais leur niveau de maturité doit être évalué au cas par cas ;
- » les enfants de 9 ans et moins ont le droit de donner leur avis et d'être entendus. Ils peuvent, dans une certaine mesure, être à même de participer au processus décisionnel ; il faut cependant user de prudence afin d'éviter de placer un poids trop important sur leurs épaules en les impliquant dans des décisions qu'ils ne sont pas en mesure de comprendre.

Les prestataires de services doivent connaître/évaluer l'âge et le niveau de développement de l'enfant puis, à partir de ces informations, lui fournir des informations suffisantes pour lui permettre de prendre des décisions éclairées. Par ailleurs, les enfants doivent avoir la possibilité d'exprimer leurs opinions. Ceci étant dit, les souhaits et désirs des enfants peuvent ne pas toujours être satisfaits ; lorsque tel est le cas, ils ont le droit d'en connaître les raisons.

CONCLUSION

Dans ce chapitre, nous avons abordé les problématiques clés qui se présentent lorsque l'on travaille auprès d'enfants survivants. Les prestataires de services doivent par exemple connaître les lois et politiques en vigueur dans leur contexte de travail, ainsi que le protocole relatif à la confidentialité, avant d'intervenir directement auprès d'enfants. Pour travailler auprès de ces bénéficiaires, il leur faut parfaitement maîtriser la législation et les mécanismes locaux, mais aussi faire preuve de discernement et s'attacher à privilégier la sécurité. Les interventions auprès des enfants sont particulièrement complexes ; les organismes qui fournissent des services de gestion des cas et des services psychosociaux doivent avoir mis en place des systèmes de supervision et des programmes de formation du personnel de façon anticipée. Le chapitre 5 contient des instructions pour fournir des services de gestion des cas aux enfants survivants, et traite de façon concrète plusieurs des problématiques abordées dans le présent chapitre.



Chapitre 5

LA GESTION DES CAS DE VIOLENCE SEXUELLE À L'ÉGARD DES ENFANTS

Ce chapitre s'adresse aux prestataires de services qui fournissent des services de gestion des cas.

CONTENU DE CE CHAPITRE

- » Aperçu de la gestion des cas
- » Les différentes étapes de la gestion des cas avec les enfants survivants

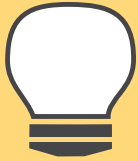
OUTILS DE CE CHAPITRE

- » Formulaires de gestion des cas
 - Formulaire Évaluation des besoins de l'enfant et élaboration d'un plan d'action
 - Formulaire de suivi de l'enfant
 - Formulaire de clôture du dossier
- » Outils de supervision du personnel
 - Enquête de satisfaction auprès des enfants bénéficiaires
 - Outil d'évaluation des compétences en gestion des cas (CCS-CMA)
 - Liste de vérification pour la gestion des cas

APERÇU DU CHAPITRE

Ce chapitre s'adresse aux prestataires qui fournissent des services de gestion des cas aux enfants et/ou aux personnes ayant subi des VBG. Il part des connaissances, attitudes et compétences en communication présentées dans les chapitres 1 à 3, qui aident les prestataires à se préparer pour fournir des services de gestion des cas centrés sur l'enfant.

Le présent chapitre s'inscrit dans la continuité du précédent, qui explique comment faire participer les enfants et les personnes qui s'occupent des enfants aux décisions sur la prise en charge et le traitement, et notamment comment obtenir la permission (c'est-à-dire le consentement éclairé/l'assentiment éclairé) et présenter les limites de la confidentialité. Il fournit des informations détaillées pour chacune des étapes de la gestion des cas, pour permettre aux travailleurs sociaux de répondre aux besoins des enfants ayant subi des violences sexuelles. Les lecteurs apprendront à évaluer les besoins immédiats des enfants liés à l'(les) agression(s) subie(s), à définir des objectifs de prise en charge et de traitement immédiats, et à mettre en œuvre et contrôler des plans d'action personnalisés pour les enfants bénéficiaires. Le chapitre 5 contient également une liste de vérification pour clôturer un dossier, des conseils pour la gestion des cas et des modèles de formulaires.



REMARQUE IMPORTANTE

Ce chapitre explique comment fournir des services de gestion des cas aux enfants survivants. Pour mettre en place et assurer des services de gestion des cas de qualité en situations de crise humanitaire, le personnel doit posséder des connaissances et compétences spécifiques. Dans les cas de violences sexuelles infligées aux enfants, la gestion des cas a pour finalité de répondre aux besoins des enfants en matière de santé, de sécurité, de justice et de soutien psychosocial. Nous aborderons en profondeur les interventions psychosociales plus poussées (et directes) auprès des enfants survivants dans le chapitre 6. En conjuguant gestion des cas et interventions psychosociales ciblées, les organismes offrent aux bénéficiaires des prestations plus complètes. Les prestataires qui offrent d'ores et déjà des services de gestion des cas et sont prêts à ajouter une dimension supplémentaire à leur offre de services, à savoir le soutien psychosocial, doivent suivre les directives des chapitres 4 à 6.

INTRODUCTION SUR LA GESTION DES CAS

La gestion des cas, en tant que pratique, s'est généralisée aux États-Unis dans les années 1960 et 1970, marquées par la désinstitutionnalisation des services de santé mentale et une demande croissante de prise en charge à l'échelle communautaire.⁵⁵ Plus tard, les praticiens ont pris conscience que des services de gestion des cas devaient être assurés dans les camps de réfugiés, où enfants et familles évoluent dans un environnement qui leur est étranger, sont confrontés à des problèmes spécifiques (par exemple la violence basée sur le genre) et peuvent ignorer qu'il existe des services, ou comment y accéder.⁵⁶

La définition précise de la gestion des cas varie légèrement d'une situation de crise humanitaire à l'autre.⁵⁷ La définition de la gestion des cas fondée sur l'assistance sociale, le principal modèle adapté par le secteur de la VBG dans les situations de crise humanitaire, et utilisé par la National Association of Social Workers américaine, est la suivante :

« La gestion des cas fondée sur l'assistance sociale est un mode de prestation de services, selon lequel un travailleur social [professionnel] évalue les besoins du/de la bénéficiaire et, s'il y a lieu, de sa famille, puis organise, coordonne, supervise, évalue et défend un ensemble de services variés pour répondre aux besoins complexes du/de la bénéficiaire concerné(e). »⁵⁸

⁵⁵ IRC Child Protection and Youth DRAFT Development Case Management Guidance Notes, 2011

⁵⁶ IRC Child Protection and Youth DRAFT Development Case Management Guidance Notes, 2011

⁵⁷ Le document Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Response (version préliminaire, 2011) définit la gestion des cas comme « le processus consistant à venir en aide à des enfants et des familles en assurant la coordination des différents services fournis et la gestion des informations par des travailleurs sociaux désignés. »

⁵⁸ National Association of Social Workers, http://www.socialworkers.org/practice/standards/sw_case_mgmt.asp#def.

Pour offrir des services de gestion des cas aux enfants survivants, les travailleurs sociaux doivent posséder des connaissances et compétences spécialisées. Ils doivent plus spécifiquement être capables de :

- » mettre en pratique leurs connaissances techniques sur la violence sexuelle pour éduquer et soutenir les enfants et les familles tout au long du processus de gestion des cas (ce thème est abordé dans le chapitre 1) ;
- » adopter des attitudes favorables aux enfants tout au long de la prise en charge et du traitement (ce thème est abordé dans le chapitre 2 ;
- » utiliser des techniques de communication appropriées pour interagir avec les enfants, quel que soit leur niveau de maturité (ce thème est abordé dans le chapitre 3) ;
- » adapter les étapes et procédures de la gestion des cas aux enfants. Il convient notamment de :
 - adhérer aux principes directeurs pour travailler auprès d'enfants survivants,
 - respecter les procédures d'obtention du consentement/de l'assentiment éclairé, conformément à la législation locale et en fonction de l'âge et du niveau de développement de l'enfant,
 - appliquer les protocoles relatifs à la confidentialité, pour tenir compte des limites de la confidentialité, notamment dans les situations où l'enfant est en danger,
 - évaluer les besoins immédiats des enfants en matière de santé, de sécurité, de soutien psychosocial et de justice, et assurer une intervention d'urgence pour mobiliser le plus tôt possible les services permettant de préserver la santé et la sécurité des enfants,
 - évaluer de façon continue la sécurité des enfants dans les sphères familiale et sociale après la révélation des abus, prendre des mesures décisives et appropriées lorsqu'un(e) enfant doit être protégé(e),
 - identifier les points forts et les besoins de l'enfant et sa famille pour les impliquer dans un processus de prise en charge et de traitement fondé sur ces points forts,
 - impliquer de façon proactive les personnes (non incriminées) qui s'occupent de l'enfant tout au long de la gestion des cas,

LE RÔLE DU TRAVAILLEUR SOCIAL

Les principales responsabilités du travailleur social consistent à 1) soutenir l'enfant et sa famille, et défendre leur cause, 2) être le principal point de contact de l'enfant et sa famille pour l'évaluation des besoins, 3) appuyer les objectifs de prise en charge et de traitement et planifier des interventions pour répondre à ces besoins, et 4) fournir et coordonner des services, et en assurer le suivi. Dans certains contextes, des organismes se voient spécifiquement confier la responsabilité principale de la gestion des cas ; par conséquent, les travailleurs sociaux doivent s'acquitter de tâches supplémentaires, notamment gérer les exigences relatives à l'obligation de signalement ou organiser les réunions d'étude de cas.



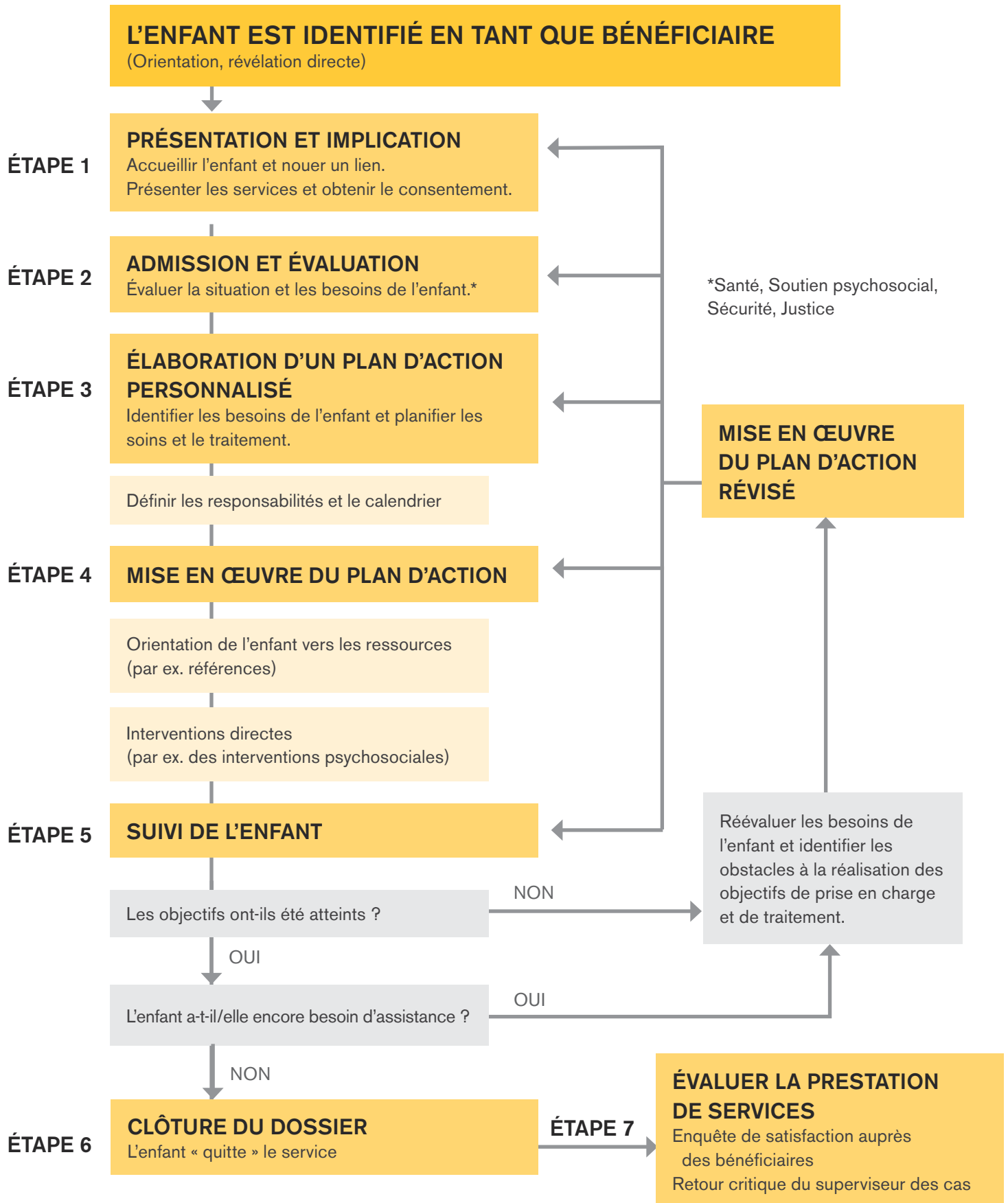
Photo : Gina Bramucci/IRC

Une gestion des cas efficace peut grandement contribuer à faciliter le rétablissement et la guérison d'un(e) enfant ayant subi des violences sexuelles.

- identifier les prestataires qui offrent des services adaptés aux enfants à l'échelle locale, et orienter les enfants de façon adéquate,
- parvenir à travailler de façon indépendante et à collaborer avec d'autres prestataires de services.

LES ÉTAPES STANDARD DE LA GESTION DES CAS

Dans les cas de violences sexuelles impliquant des enfants, la gestion des cas vise principalement à répondre aux besoins des enfants survivants en matière de santé, de sécurité, de soutien psychosocial et de justice après l'incident(s). Les étapes standard du processus de gestion des cas sont les mêmes que pour les adultes survivants ; elles ont simplement été adaptées pour permettre de répondre aux besoins des enfants. Nous présenterons dans cette section les différentes étapes de la gestion des cas, et donnerons des instructions détaillées pour fournir des services de gestion des cas aux enfants survivants. Des modèles de formulaires de gestion des cas centrée sur l'enfant sont également fournis. Les étapes de la gestion des cas sont les suivantes :



LES OUTILS DE GESTION DES CAS

Plusieurs outils de gestion des cas ont été mis au point pour compléter les instructions fournies dans ce chapitre, afin d'aider les organismes qui fournissent des services de gestion des cas. Ces outils ont simplement été conçus pour guider les organismes sur le terrain ; ils peuvent être adaptés pour répondre aux besoins identifiés dans votre contexte, et aux exigences de votre organisme spécifique. Les outils présentés dans ce chapitre sont détaillés ci-dessous :

ÉTAPE DE LA GESTION DES CAS	OUTILS DE GESTION DES CAS
ÉTAPE N°1 : PRÉSENTATION ET IMPLICATION	Modèle de formulaire de consentement éclairé/déclaration de confidentialité
ÉTAPE N°2 : ADMISSION ET ÉVALUATION	Formulaire Évaluation des besoins de l'enfant et élaboration d'un plan d'action Ce formulaire permet de consigner les conclusions de l'évaluation, en décrivant les principaux besoins de l'enfant et les mesures qui s'imposent. Il vient compléter le formulaire d'admission et d'évaluation standard utilisé par les prestataires de services de gestion des cas sur le terrain. ⁵⁹
ÉTAPE N°3 : ÉLABORATION D'UN PLAN D'ACTION PERSONNALISÉ	Formulaire Évaluation des besoins de l'enfant et élaboration d'un plan d'action Ce formulaire vient compléter le formulaire d'admission et d'évaluation. Il comporte une rubrique permettant de consigner tous les besoins de l'enfant en termes de prise en charge et de traitement, ainsi que les mesures prévues (par ex. les références et/ou le plan mis au point pour assurer la sécurité de l'enfant)
ÉTAPE N°4 : MISE EN ŒUVRE DU PLAN D'ACTION	Pas d'outil spécifique fourni.
ÉTAPE N°5 : SUIVI DE L'ENFANT	Formulaire de suivi de l'enfant Ce formulaire est complété au cours des visites de suivi de l'enfant/la personne qui s'occupe de l'enfant, afin d'évaluer les progrès accomplis vers la réalisation des objectifs de prise en charge et de traitement ; il est également utilisé pour réévaluer la sécurité de l'enfant, et définir d'autres mesures nécessaires pour l'aider.

⁵⁹Dans les secteurs de la VBG et de la protection de l'enfance, des outils et systèmes standardisés ont été mis au point pour aider les travailleurs sociaux à fournir des services aux enfants et/ou aux personnes ayant survécu à des violences basées sur le genre. Un exemple de formulaire d'admission et d'évaluation, issu du système de gestion des informations sur la violence basée sur le genre (IMSVBG), est fourni à la fin de ce document. Pour obtenir davantage d'informations sur l'IMSVBG, veuillez consulter la page www.gbvims.org. Pour obtenir davantage d'informations sur le système de gestion des informations sur la protection de l'enfance (IMSPE), veuillez consulter la page <http://childprotectionims.org>.

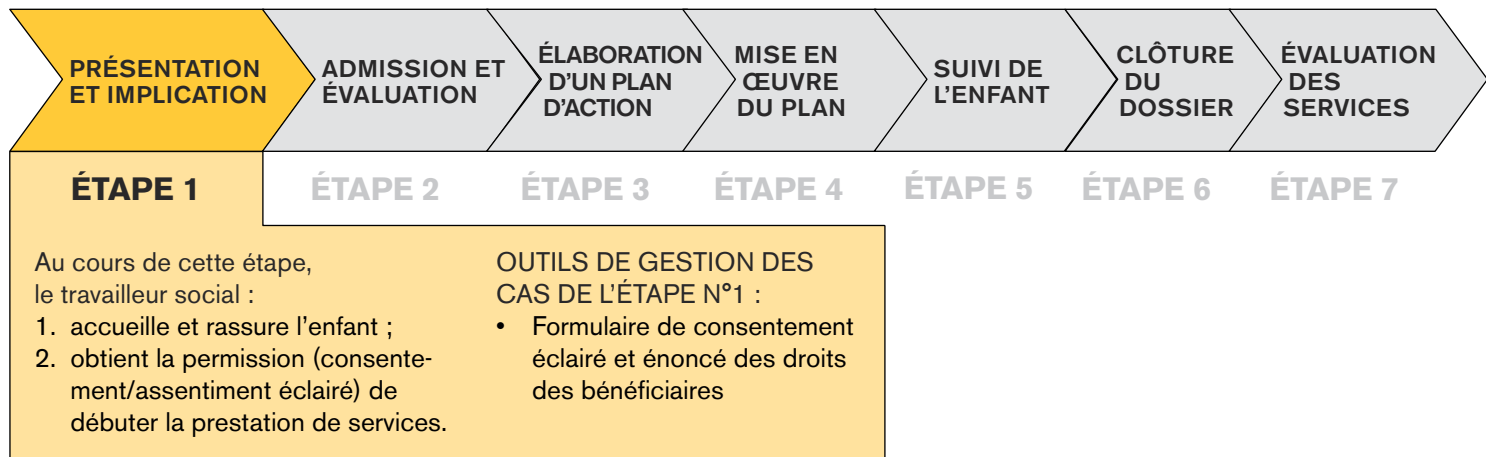
ÉTAPE DE LA GESTION DES CAS	OUTILS DE GESTION DES CAS
ÉTAPE N°6 : CLÔTURE DU DOSSIER	<p>Formulaire de clôture du dossier</p> <p>Ce formulaire permet de consigner officiellement les raisons pour lesquelles le dossier a été clos ; il comporte par ailleurs une liste des tâches à accomplir avant de procéder à la clôture du dossier. La clôture d'un dossier doit toujours être envisagée avec le superviseur des cas, qui doit apposer sa signature sur le formulaire de clôture.</p>
ÉTAPE N°7 : ÉVALUATION DES SERVICES	<p>Enquête de satisfaction auprès des enfants bénéficiaires</p> <p>Optionnel, cet outil peut être utilisé dans les contextes plus stables (par ex. les camps de réfugiés de longue durée ou les situations de sortie de conflit). Conformément aux directives, ce document est remis aux enfants et aux personnes qui s'occupent des enfants, qui peuvent alors évaluer leur niveau de satisfaction par rapport aux services reçus dans le cadre de la gestion des cas, et aux services fournis par d'autres prestataires de services.</p> <p>Outil d'évaluation des compétences en gestion des cas (CCS – CMA)</p> <p>Cet outil permet d'évaluer les connaissances et compétences individuelles de chaque travailleur social. Le test doit être effectué au terme d'une formation sur la gestion des cas axée sur les enfants survivants, afin de vérifier que l'employé possède les connaissances/compétences requises pour travailler de façon indépendante auprès de ces bénéficiaires. Cet outil vise à renforcer les capacités des employés.</p> <p>Liste de vérification pour évaluer la gestion des cas</p> <p>Cet outil est utilisé à la fois par les superviseurs et les travailleurs sociaux, qui peuvent ainsi évaluer leurs performances en matière de gestion des cas de violence sexuelle à l'égard des enfants. La liste de vérification permet réfléchir, avec le travailleur social, aux succès et difficultés associés à la prestation de services de gestion des cas à des enfants bénéficiaires. Cet outil vise à renforcer les capacités du personnel.</p>

LES RÔLES DU PERSONNEL DANS LA GESTION DES CAS

Le rôle du travailleur social : Les principales responsabilités du travailleur social consistent à 1) nouer des liens et instaurer une relation de confiance avec l'enfant et sa famille dans le but de les aider, 2) soutenir l'enfant et sa famille, et défendre leur cause, 3) intervenir en tant que principal point de contact de l'enfant et sa famille pour l'évaluation des besoins, 4) définir des objectifs et planifier des interventions, et 5) fournir et coordonner des services, et en assurer le suivi. Les travailleurs sociaux peuvent également être amenés à satisfaire aux exigences de signalement, organiser des réunions d'étude de cas, et accomplir d'autres tâches nécessaires à la gestion des cas.

Le rôle du superviseur des cas : Le rôle premier du superviseur des cas consiste à assister, conseiller et orienter le travailleur social, mais aussi à contrôler la qualité globale de son travail. Le superviseur des cas a pour mission de s'assurer que le personnel est bien formé et préparé pour assumer ses rôles et responsabilités dans la gestion des cas, et à même de fournir des services reflétant les meilleures pratiques. Les superviseurs des cas peuvent être consultés à tout moment dans les situations d'urgence, et supervisent les travailleurs sociaux de façon régulière. Ils travaillent en étroite collaboration avec d'autres responsables afin de superviser la qualité des services fournis aux enfants et aux familles confrontés à la violence sexuelle.

ÉTAPE 1 : LA PRÉSENTATION INITIALE ET IMPLICATION DANS LES SERVICES



1) ACCUEILLIR ET RASSURER L'ENFANT

La première étape du processus de gestion des cas, à savoir la présentation initiale et l'implication, débute lorsque le travailleur social rencontre l'enfant bénéficiaire et/ou la personne qui s'occupe de l'enfant pour la première fois. Pour le travailleur social, c'est la première occasion de tisser des liens avec un(e) enfant et la personne qui s'occupe de lui/d'elle, et de commencer à jeter les bases d'une relation de confiance. La capacité du travailleur social à tisser des liens avec l'enfant et sa famille et à obtenir leur confiance dépend en grande partie de ses connaissances, ses attitudes et ses compétences en communication, tel que décrit dans les trois premiers chapitres de ces directives.

Au cours du premier entretien avec l'enfant et la personne qui s'occupe de l'enfant, le travailleur social commence à évaluer le degré de maturité, l'âge et le niveau de développement de l'enfant, ainsi que le soutien assuré par la personne qui s'occupe de l'enfant. Observer directement l'enfant et la personne qui s'occupe de l'enfant peut aider le travailleur social à prendre les premières décisions ; il peut notamment déterminer comment expliquer les services en fonction de l'âge de l'enfant et de la situation de la personne qui s'occupe de l'enfant, et qui est le/la mieux placé(e) pour autoriser la mise en place des services de gestion des cas. Lorsque l'enfant est accompagné(e) d'une personne qui s'occupe de lui/d'elle, le travailleur social doit commencer par déterminer s'il est ou non approprié et sûr pour l'enfant de discuter avec le

travailleur social en présence de cette personne. Si, par exemple, le travailleur social soupçonne cette dernière d'être dangereuse pour l'enfant, il/elle peut décider de s'entretenir seul(e) avec l'enfant, dans le cadre de la procédure d'obtention du consentement à débiter les services de gestion des cas.

2) OBTENIR LA PERMISSION POUR LANCER LA PROCÉDURE D'OBTENTION DU « CONSENTEMENT ET DE L'ASSENTIMENT ÉCLAIRÉS »

Au tout début de l'entretien avec l'enfant et la personne qui s'occupe de l'enfant, le travailleur social a pour responsabilité d'impliquer le/la bénéficiaire dans les services, en lui expliquant son rôle individuel et le(s) service(s) proposé(s) pour aider l'enfant et la famille. Le plus souvent, les enfants, et parfois les personnes qui s'occupent des enfants, ne comprennent pas totalement le rôle du travailleur social, ou ce qui va être fait. Par conséquent, ils/elles peuvent avoir peur de s'impliquer dans les services, ou se montrer hésitant(e)s. Il est donc fondamental, dans le cadre de la gestion des cas, de parler avec franchise des services proposés, y compris des réglementations régissant ces services (par ex. les protocoles de confidentialité), et d'obtenir la permission des enfants bénéficiaires et des personnes qui s'occupent des enfants pour initier le processus. Ils/elles ne peuvent accepter de participer que s'ils/elles ont parfaitement compris la nature des services, ainsi que les risques et bénéfices associés. Au cours de la gestion des cas, la permission des bénéficiaires, désignée « consentement éclairé » et/ou « assentiment éclairé » (voir les définitions page suivante), doit généralement être obtenue à 3 étapes :

- » au début des services de gestion des cas : c'est-à-dire avant de procéder à l'entretien d'admission initiale et à l'entretien d'évaluation ;
- » dans le cadre de la gestion des cas : les enfants et les personnes qui s'occupent des enfants doivent donner leur permission au travailleur social pour que celui-ci/celle-ci puisse recueillir et conserver des informations sur leur cas tout au long du processus ;⁶⁰
- » lors des références : lorsque les travailleurs sociaux communiquent des informations à d'autres prestataires de services en mesure d'aider ces enfants et leur famille à répondre à leurs besoins spécifiques. Souvent, les travailleurs sociaux doivent obtenir une autorisation à plusieurs reprises au cours de la gestion des cas, chaque fois qu'un nouveau renvoi est nécessaire.

⁶⁰ La permission de recueillir et conserver des informations sur un(e) bénéficiaire inclut également la permission de rassembler et partager des données anonymes sur l'incident dans le but de compiler des statistiques sur les types et l'ampleur des actes violents perpétrés dans le contexte où travaille le prestataire de services. Pour plus d'informations sur les directives relatives à l'obtention d'une permission pour recueillir des données anonymes sur l'incident, veuillez consulter la page <http://gbvims.org/learn-more/gbvims-tools/intake-form/>.

Pour que les enfants et les personnes qui s'occupent des enfants puissent consentir à participer à la gestion des cas, les travailleurs sociaux doivent leur expliquer :

- » le rôle et les responsabilités du travailleur social dans le processus de gestion des cas ;
- » en quoi consiste la gestion des cas (par ex. écouter les problèmes, identifier les besoins, contribuer à répondre aux besoins), et quels sont les bénéfices et les limites des services ;
- » la signification du principe de confidentialité, en précisant qu'il est parfois nécessaire de rompre la confidentialité (expliquer notamment les conditions imposant un signalement) ;
- » la méthode utilisée pour garantir la conservation sécurisée des données sur le/la bénéficiaire (décrire notamment les formulaires et les systèmes de base de données utilisés) ;
- » la façon dont les informations sur le/la bénéficiaire seront utilisées (recueil de données, partage d'informations pour la gestion des cas) ;
- » **au cours de la discussion, les travailleurs sociaux doivent toujours donner aux enfants et aux personnes qui s'occupent des enfants la possibilité de poser des questions ou d'exprimer leurs inquiétudes.**

COMMENT OBTENIR LA PERMISSION DES ENFANTS ET DES PERSONNES QUI S'OCCUPENT DES ENFANTS

Les explications sur les services de gestions des cas, y compris la nécessité de recueillir, conserver et éventuellement partager des informations sur le/la bénéficiaire, et le processus d'obtention de la permission n'ont pas besoin d'être compliqués. Les travailleurs sociaux doivent néanmoins savoir comment procéder en fonction de la législation locale, de l'âge et du degré de maturité de l'enfant, et de la présence ou l'absence de personnes non incriminées qui s'occupent de l'enfant.

En règle générale, l'enfant et le parent/la personne qui s'occupe de l'enfant doivent tous deux donner leur permission pour débiter la gestion des cas ainsi que d'autres mesures de prise en charge et de traitement (par ex. les références), sauf s'il est jugé inapproprié d'impliquer la personne qui s'occupe de l'enfant. Cette permission est obtenue sous la forme d'un « consentement éclairé » auprès des personnes qui s'occupent des enfants et des enfants plus âgés, et/ou d'un « assentiment éclairé » auprès des jeunes enfants. Le consentement éclairé et l'assentiment éclairé sont similaires, mais ne sont pas tout à fait identiques.

- » **Le « consentement éclairé »** est l'accord volontaire d'un individu ayant capacité juridique à donner son consentement. Pour donner son « consentement éclairé », cet individu doit avoir les capacités et la maturité requises pour connaître et comprendre les services proposés, et être légalement apte à donner son consentement. Généralement, ce sont les parents qui consentent à la prestation de services au nom de l'enfant, jusqu'à ses 18 ans.

REMARQUE

Les travailleurs sociaux sont tenus de respecter les procédures et directives relatives à l'obtention du consentement/de l'assentiment éclairé lors de la planification des interventions, lorsque l'enfant est orienté(e) vers d'autres services.

Dans certains contextes, les adolescents sont aussi légalement aptes à donner leur consentement en lieu et place ou en sus du consentement de leurs parents.

- » **L'« assentiment éclairé »** est la volonté exprimée de participer aux services. Cet « assentiment éclairé » est donné par les jeunes enfants, par définition trop jeunes pour donner leur consentement éclairé, mais suffisamment grands pour comprendre et accepter les services.

DIRECTIVES POUR OBTENIR LE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ/ L'ASSENTIMENT ÉCLAIRÉ DES ENFANTS ET DES PERSONNES QUI S'OCCUPENT DES ENFANTS

L'âge auquel le consentement parental n'est plus nécessaire dépend de la législation nationale. Autrement dit, tant que l'enfant n'a pas atteint l'âge du consentement légal, c'est la personne qui s'occupe de lui/elle qui doit donner son consentement. En l'absence de lois explicites, ou en cas de non-respect de la législation, la règle générale veut que pour les enfants de moins de 15 ans, le consentement soit donné par la personne qui s'occupe de l'enfant.

NOURRISSONS ET JEUNES ENFANTS (DE 0 À 5 ANS)

Pour les enfants de cette tranche d'âge, c'est la personne qui s'occupe de l'enfant, ou un autre adulte de confiance dans l'entourage de l'enfant, qui doit donner le consentement éclairé. À défaut, le prestataire de services (le travailleur social, le spécialiste de la protection de l'enfance, le professionnel de la santé, etc.) peut être amené à donner le consentement au nom de l'enfant, pour appuyer les mesures qui permettront de protéger sa santé et son bien-être.

Les très jeunes enfants n'ont pas des capacités suffisantes pour prendre des décisions sur leur prise en charge et leur traitement. Par conséquent, dans cette tranche d'âge, l'assentiment éclairé des enfants n'est pas nécessaire. Le prestataire de services doit néanmoins expliquer à l'enfant tout ce qui est effectué, de façon appropriée et le plus simplement possible.

JEUNES ENFANTS (DE 6 À 11 ANS)

Généralement, les enfants de cette tranche d'âge ne sont ni légalement aptes, ni suffisamment matures pour donner leur consentement éclairé à participer aux services. Ils peuvent néanmoins donner leur assentiment éclairé, ou exprimer leur « volonté » de participer. Par ailleurs, il convient de demander à ces enfants la permission d'initier les services et mesures qui les concernent directement. Cette permission peut être donnée oralement par l'enfant, puis consignée comme telle sur le formulaire de consentement éclairé. Pour les enfants de cette tranche d'âge, il est nécessaire d'obtenir à la fois le consentement éclairé par écrit du parent/de la personne qui s'occupe de l'enfant, et l'assentiment éclairé de l'enfant. S'il n'est pas possible d'obtenir le consentement éclairé d'un parent ou d'une personne qui s'occupe de l'enfant, un autre adulte de confiance désigné par l'enfant, qui puisse être impliqué sans danger dans les décisions sur la prise en charge et le traitement, doit être invité à donner son consentement au nom de l'enfant.

PRÉ-ADOLESCENTS (DE 12 À 14 ANS)

Les enfants de cette tranche d'âge ont des capacités en développement, et des facultés cognitives plus avancées ; par conséquent, ils peuvent être suffisamment matures pour prendre des décisions et fournir leur consentement et/ou assentiment éclairé(s) à débiter les services. Dans la pratique courante, le travailleur social doit obtenir l'assentiment éclairé par écrit de l'enfant et le consentement éclairé par écrit du parent/de la personne qui s'occupe de l'enfant pour initier les services. Toutefois, si le travailleur social estime qu'il n'est pas sûr et/ou qu'il n'est pas dans l'intérêt de l'enfant d'impliquer la personne qui s'occupe de lui/d'elle, il/elle doit tâcher d'identifier un autre adulte de confiance dans l'entourage de l'enfant qui puisse donner son consentement éclairé, outre l'assentiment par écrit de l'enfant. Si cela n'est pas possible, tout le poids voulu⁶¹ doit être donné à l'assentiment éclairé de l'enfant, si le travailleur social juge ce dernier/cette dernière suffisamment mature. Il/elle peut alors débiter la prise en charge et le traitement, avec le soutien et les conseils de son superviseur. Dans de telles situations, les travailleurs sociaux doivent consulter leur superviseur pour se faire orienter.

ADOLESCENTS (DE 15 À 17 ANS)

Les adolescents de 15 ans et plus sont généralement considérés comme étant suffisamment matures pour prendre des décisions. Par ailleurs, ils sont souvent légalement aptes à prendre des décisions concernant leur prise en charge et leur traitement, et notamment les services sociaux et les services de santé reproductive. Autrement dit, les adolescents peuvent donner leur consentement ou assentiment éclairé, conformément à la législation locale. Idéalement, les

⁶¹ Cela suppose d'accorder l'importance nécessaire aux points de vue et opinions de l'enfant en fonction de différents facteurs, tels que son âge et sa maturité.

personnes qui s'occupent de l'enfant doivent également participer aux décisions sur la prise en charge et le traitement dès le début du processus, et fournir leur consentement éclairé, sous réserve qu'elles ne soient pas incriminées dans les sévices et qu'elles apportent un soutien à l'enfant. Cependant, la décision de les impliquer doit être prise avec l'enfant directement, conformément aux lois et politiques locales.

Si l'adolescent(e) (et la personne qui s'occupe de lui/elle) donnent leur accord, le travailleur social peut consigner ce consentement éclairé dans le formulaire correspondant, ou inscrire dans le dossier du/de la bénéficiaire qu'il/elle a obtenu le consentement verbal aux services de gestion des cas.

SITUATIONS PARTICULIÈRES

S'il n'est pas dans l'intérêt de l'enfant d'impliquer la personne qui s'occupe de lui/d'elle dans le processus d'obtention du consentement éclairé, le travailleur social doit déterminer s'il y a, dans l'entourage de l'enfant, une personne de confiance qui puisse donner son consentement. Si ce n'est pas le cas, le travailleur social doit tâcher d'évaluer les capacités décisionnelles de l'enfant en fonction de son âge et de son degré de maturité.

Un(e) enfant de moins de 15 ans refuse de donner son assentiment, mais la personne qui s'occupe de lui/d'elle donne son consentement ; OU tou(te)s deux refusent de donner leur assentiment/consentement ; OU un(e) enfant de plus de 15 ans refuse de donner son consentement. Si l'une de ces situations se présente, le travailleur social doit décider au cas par cas, en fonction de l'âge et du degré de maturité de l'enfant, des facteurs culturels/traditionnels, de la présence ou l'absence de personnes qui s'occupent de l'enfant (et lui apportent un soutien), et de l'urgence des besoins, s'il est ou non approprié d'aller à l'encontre de la volonté de l'enfant et/ou de la personne qui s'occupe de l'enfant pour débiter la gestion des cas et aider l'enfant, afin que ce dernier/cette dernière puisse recevoir les soins et le traitement urgents dont il/elle a besoin.⁶²

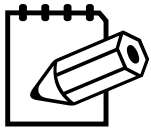
Dans les situations où les enfants et/ou les personnes qui s'occupent des enfants hésitent à donner leur consentement/assentiment, les travailleurs sociaux doivent poser des questions supplémentaires pour tâcher de comprendre leur hésitation. L'enfant et/ou la personne qui s'occupe de l'enfant peut/peuvent, par exemple, craindre de perdre leur anonymat en raison d'une loi imposant un signalement. Si tel est le cas, le travailleur social peut expliquer plus en détail au/à la bénéficiaire qu'il/elle a le droit de participer à la décision concernant la façon

⁶² Se reporter au chapitre 4 pour obtenir des informations plus complètes sur cette problématique clé. La décision d'aller à l'encontre de la volonté de l'enfant et/ou de la personne qui s'occupe de lui/d'elle est une décision sérieuse qui doit être dictée, en grande partie, par l'urgence des besoins de l'enfant (par exemple, garantir sa sécurité immédiate et/ou mobiliser des services médicaux vitaux).

dont les informations seront communiquées, et/ou peut revenir sur les risques associés au signalement. Si des risques importants sont identifiés, il peut ne pas être souhaitable de signaler l'incident ; le travailleur social peut alors en discuter avec l'enfant bénéficiaire, puis avec son superviseur. Les travailleurs sociaux doivent prendre le temps de discuter des craintes et inquiétudes de l'enfant et de la personne qui s'occupe de l'enfant concernant la mise en œuvre de la gestion des cas, et leur fournir des réponses claires et précises pour apaiser ces craintes et inquiétudes spécifiques.

APERÇU SCHÉMATIQUE DES DIRECTIVES RELATIVES À L'OBTENTION DU CONSENTEMENT/DE L'ASSENTIMENT ÉCLAIRÉ

TRANCHE D'ÂGE	ENFANT	PERSONNE QUI S'OCCUPE DE L'ENFANT	IL N'Y A PAS DE PERSONNE QUI S'OCCUPE DE L'ENFANT, OU IL N'EST PAS SOUHAITABLE DE L'IMPLIQUER	MÉTHODE
De 0 à 5 ans	—	Consentement éclairé	Consentement éclairé de la personne qui s'occupe de l'enfant ou d'un autre adulte de confiance	Consentement par écrit
De 6 à 11 ans	Assentiment éclairé	Consentement éclairé	Consentement éclairé de la personne qui s'occupe de l'enfant ou d'un autre adulte de confiance	Assentiment verbal et consentement par écrit
De 12 à 14 ans	Assentiment éclairé	Consentement éclairé	Assentiment éclairé de l'enfant ou d'un autre adulte de confiance. Enfant suffisamment mature ; son assentiment peut être dûment pris en considération.	Assentiment par écrit Consentement par écrit
De 15 à 18 ans	Consentement éclairé	Obtenir le consentement éclairé avec la permission de l'enfant	Le consentement éclairé et le degré de maturité suffisant de l'enfant peuvent être dûment pris en considération	Consentement par écrit



OUTIL : MODÈLE DE FORMULAIRE DE CONSENTEMENT/D'ASSENTIMENT ÉCLAIRÉ ET D'ÉNONCÉ DES DROITS DES BÉNÉFICIAIRES

Le texte type ci-dessous peut accompagner le formulaire de consentement/d'assentiment éclairé utilisé dans votre contexte.



TEXTE TYPE: OBTENTION DU CONSENTEMENT/DE L'ASSENTIMENT ÉCLAIRÉ D'UN(E) ENFANT BÉNÉFICIAIRE

Bonjour[nom du/de la bénéficiaire].

Je m'appelle [nom de l'employé] et je suis là pour t'aider. Je suis travailleur social pour [nom de l'organisme] et mon rôle consiste à aider les enfants et les familles qui rencontrent des difficultés. De nombreux enfants bénéficient de nos services. La première chose que nous allons faire, c'est de discuter de ce qui t'es arrivé(e). Cette discussion va m'aider à en savoir plus sur ta situation, pour pouvoir te donner des informations sur les services disponibles, et t'aider entrer en contact avec ces prestataires de services. Les services de gestion des cas t'aideront notamment à accéder [ajouter une description des services disponibles, par exemple les services médicaux, psychosociaux, judiciaires et de protection dans votre communauté]. Il y a peu de risques associés aux services de gestion des cas [citer les risques spécifiques à votre contexte local/programme].

Il est important que tu saches que tout ce que tu me diras restera confidentiel, même les notes que je prendrai pendant la gestion des cas. Cela veut dire que je ne répéterai à personne ce que tu me diras, et que je ne partagerai aucune information sur ton cas, sauf si tu me le demandes, ou si je suis obligé(e) de partager ces informations parce que tu es en danger. Je ne pourrai peut-être pas garder toutes les informations pour moi, et je vais t'expliquer pourquoi. Je devrai partager les informations que tu me donneras dans les situations suivantes :

- » si je m'aperçois que tu cours un grave danger, je devrai en informer [insérer ici le nom de l'organisme concerné] ;
- » si tu me dis que tu as l'intention de te blesser gravement, je devrai le dire à tes parents, ou à un autre adulte de confiance. Si tu me dis que tu as l'intention de blesser quelqu'un gravement, je devrai le signaler. Ces problèmes ne pourront pas rester entre toi et moi ;
- » [expliquer les exigences relatives à l'obligation de signalement, telles qu'elles s'appliquent dans votre contexte local] ;
- » [ajouter les éventuelles autres exceptions au principe de confidentialité. Par exemple, dans les cas de violence et d'exploitation sexuelle impliquant des employés des Nations Unies ou d'ONG] ;

- » s'il y a une autre personne ou organisation qui peut te fournir l'assistance dont tu as besoin, et si tu m'autorises à lui donner des informations sur ton cas. Nous reparlons de ça plus tard au cours de cette conversation.

Pour résumer, nous ne prendrons aucune mesure en lien avec ton cas sans ton accord, sauf si nous y sommes obligés pour garantir ta sécurité et respecter la loi.

Avant de commencer, je voudrais aussi t'expliquer quels sont tes droits tout au long du travail que nous allons faire ensemble. Je donne ces informations à toutes les personnes avec qui je discute :

- » tu as le droit de refuser que tout ton récit, ou certaines parties de ton récit, soit /soient inscrit(es) sur les formulaires de gestion des cas. S'il y a quelque chose dont tu veux me parler, mais que tu ne veux pas que j'écrive pendant qu'on parle, tu peux me le dire ;
- » tu as le droit de ne pas répondre aux questions que je te pose ; tu as le droit de me demander d'arrêter ou de ralentir si tu te sens angoissé(e) ou si tu as peur ;
- » tu as le droit de discuter seul(e) avec moi, ou d'être accompagné(e) d'une personne qui s'occupe de toi ou d'une personne de confiance. C'est toi qui décides ;
- » tu as le droit de me poser toutes les questions que tu veux, ou de me dire s'il y a quelque chose que tu ne comprends pas ;
- » tu as le droit de refuser les services de gestion des cas. Auquel cas, je t'expliquerai quels sont les autres services disponibles dans la communauté.

As-tu des questions sur mon rôle et les services que nous pouvons t'offrir ?

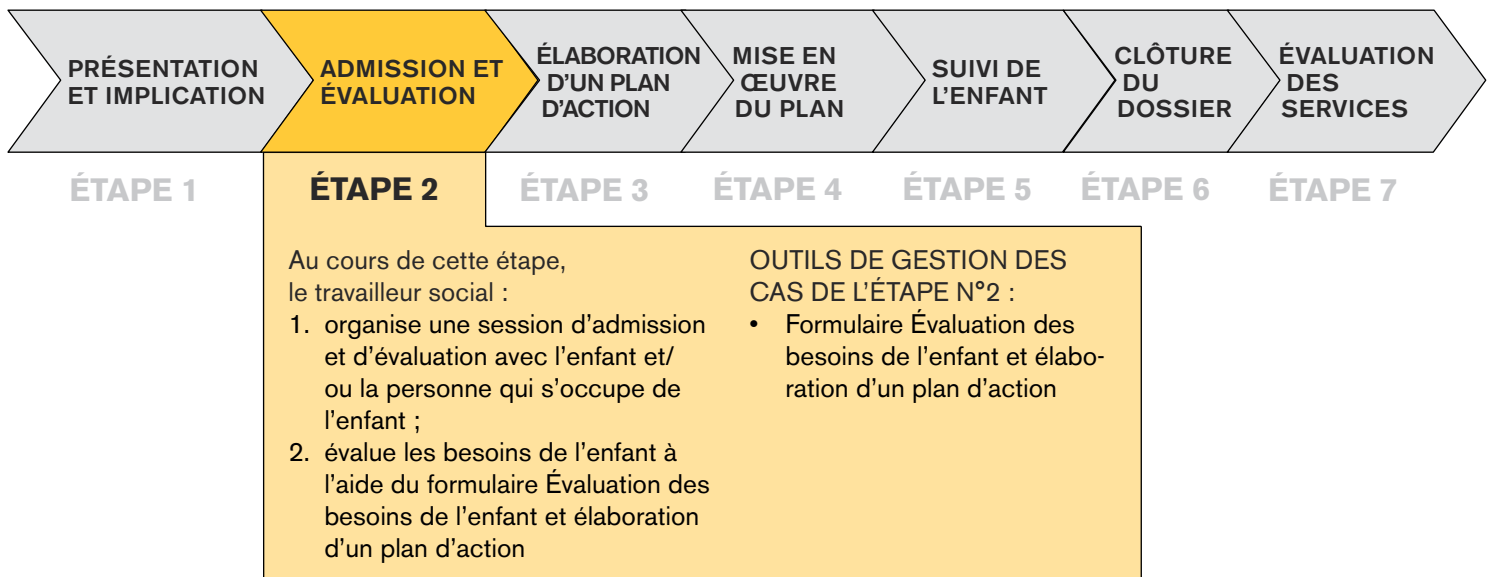
[Prévoyez du temps pour répondre aux éventuelles questions de l'enfant et de la personne qui s'occupe de l'enfant avant de passer à l'obtention du consentement/de l'assentiment éclairé.]

Est-ce que tu m'autorises à débiter les services de gestion des cas à présent ?

- » Si la réponse est **OUI**, demandez à l'enfant et à la personne qui s'occupe de l'enfant de signer le formulaire de consentement/d'assentiment éclairé pour la participation à la gestion des cas et la mise en route des services de gestion des cas.
- » Si la réponse est **NON**, fournissez-leur des informations sur les autres services de gestion des cas, de sécurité et de santé et les services juridiques offerts dans la communauté.

Dans la plupart des situations, les enfants et les personnes qui s'occupent des enfants acceptent de donner leur consentement et/ou assentiment éclairé pour bénéficier des services de gestion des cas. Le travailleur social doit être à même de présenter les informations figurant dans le texte type précédent, en se montrant rassurant et non menaçant. Les enfants et les personnes qui s'occupent des enfants se sentent généralement plus à l'aise pour discuter avec le travailleur social et débiter la gestion des cas lorsqu'ils disposent d'informations exhaustives et complètes. Dans chaque contexte, les travailleurs sociaux doivent adapter les mots employés et les approches choisies à la situation locale. L'auteur des présentes directives encourage ce style d'adaptation.

ÉTAPE 2 : L'ADMISSION ET L'ÉVALUATION : COMPRENDRE LA SITUATION ET IDENTIFIER LES BESOINS



1) MENER L'ENTRETIEN D'ADMISSION INITIALE ET D'ÉVALUATION

Une fois qu'il/elle a noué des liens avec l'enfant/la personne qui s'occupe de l'enfant et obtenu leur consentement pour initier les services de gestion des cas et effectuer une évaluation, le travailleur social doit préparer l'enfant à un entretien d'évaluation semi-structuré visant à comprendre la situation et l'enfant, afin de déterminer quels sont ses principaux besoins en termes de prise en charge et de traitement.⁶³ Le chapitre 3, intitulé Interagir et communiquer avec les enfant survivants, explique comment mettre en place un cadre et un processus optimaux pour effectuer l'entretien d'admission et d'évaluation en fonction de l'âge et du niveau de développement de l'enfant, mais aussi du contexte dans lequel la révélation a été faite.

⁶³ Dans les contextes où des services de gestion des cas sont déjà en place, les travailleurs sociaux peuvent étendre l'entretien d'évaluation initiale afin de procéder à une évaluation plus approfondie des besoins psychosociaux de l'enfant. Un outil d'évaluation des besoins psychosociaux plus détaillé, intitulé « Évaluation des besoins psychosociaux des enfants et des familles » est présenté dans le chapitre 6.



Illustration de Abdifatah Abdukadir Osman

BUT ET OBJET DE L'ENTRETIEN D'ADMISSION ET D'ÉVALUATION

L'entretien d'admission initiale et d'évaluation a pour finalité d'évaluer, lentement et sûrement, la situation de l'enfant et les violences qu'il/elle a subies, dans le but d'identifier les besoins immédiats, puis les besoins à long terme, de l'enfant et la famille. Lors de cette étape, les travailleurs sociaux sont souvent amenés à poser des questions, avec douceur, sur les violences subies ; en revanche, il n'est pas nécessaire d'obtenir tous les détails spécifiques de l'agression sexuelle. Les questions très détaillées sur l'agression peuvent être posées une fois qu'une relation sûre et basée sur la confiance a été instaurée avec l'enfant bénéficiaire, et uniquement lorsqu'il/elle est prêt(e) à fournir de tels détails. Par ailleurs, les travailleurs sociaux doivent déjà savoir comment l'enfant leur a été adressé(e). Si l'enfant s'est déjà rendu(e) au commissariat de police, a déjà consulté un professionnel de la santé ou un spécialiste de la protection de l'enfance, et a été adressé(e) au travailleur social par un autre prestataire de services, le travailleur social doit user de prudence lorsqu'il/elle pose à l'enfant des questions sur les violences sexuelles subies. Idéalement, lorsque l'enfant a d'ores et déjà reçu des services, et a été adressé(e) pour bénéficier d'un soutien psychosocial continu, il faut envisager de recueillir des informations auprès des prestataires de services de santé ou de protection déjà impliqués dans le cas, si cela est sûr et approuvé par l'enfant et la famille. Cela permet en effet d'éviter que les enfants répètent inutilement leur récit. Les travailleurs sociaux peuvent également obtenir des informations auprès des adultes de confiance (par exemple le parent) qui accompagnent l'enfant avant de

DÉFINITION DE L'ÉVALUATION

Fait de recueillir des informations ou des données à un moment précis puis de les évaluer dans le but de prendre une décision appropriée concernant une ligne de conduite.

discuter de l'agression sexuelle avec ce dernier/cette dernière. Cela aide le travailleur social à mieux comprendre la situation, puis à orienter la discussion sur les points à éclaircir dans le but d'aider l'enfant.

Lorsque les travailleurs sociaux ne parviennent pas obtenir ces informations, ou n'ont d'autre choix que de répéter l'entretien d'admission et d'évaluation, ils doivent expliquer aux enfants l'objet de la discussion. Ce faisant, ils peuvent immédiatement dissiper leurs craintes en leur expliquant que si les questions sur les abus sexuels leur sont de nouveau posées, ce n'est pas parce qu'on ne les croit pas (ou toute autre éventuelle crainte). À l'instar des adultes, les enfants se sentent responsabilisés et davantage en sécurité lorsqu'ils connaissent la finalité des mesures prises avec eux.

Pour être performante, la gestion des cas doit reposer sur un entretien d'admission et d'évaluation réussi. Les travailleurs sociaux ont pour responsabilité d'évaluer la situation de l'enfant afin de répondre à ses besoins immédiats et à long terme, ainsi qu'à ceux de sa famille. Cette évaluation est l'une de leurs principales missions au cours de la gestion des cas. Lorsque les violences sexuelles viennent d'être infligées à l'enfant, les catégories de besoins à évaluer en priorité sont la santé et la sécurité. Les besoins à long terme, tels que l'accès à la justice et le soutien psychosocial continu et ciblé, peuvent être traités après la période de crise initiale, ou lorsque cela est approprié.⁶⁴ Au cours de l'entretien d'admission initiale et d'évaluation, il convient spécifiquement de :

- » créer un contexte pour l'enfant et sa situation :
 - identifier la composition de la famille de l'enfant et ses conditions de vie actuelles,
 - comprendre ce qui lui est arrivé(e),
 - identifier l'agresseur, et déterminer s'il peut ou non approcher l'enfant,
 - déterminer si l'enfant a déjà reçu des soins et un traitement ;
- » évaluer les besoins potentiels de l'enfant concernant :
 - les risques de sécurité immédiats et les besoins associés,
 - la prise en charge et le traitement médicaux appropriés,
 - le statut psychosocial et le niveau de fonctionnement de l'enfant,
 - le souhait de l'enfant/la famille de bénéficier de services juridiques.

La liste des domaines d'évaluation ci-dessus n'est pas exhaustive. Elle vise à aider le travailleur social à mener l'entretien d'admission initiale et d'évaluation pour orienter les décisions immédiates relatives à la prise en charge et au traitement.

⁶⁴ Lorsqu'un(e) enfant est orienté(e) pour recevoir un soutien psychosocial continu, et que la période de crise consistant à organiser les interventions médicales et les mesures de sécurité urgentes est terminée, les travailleurs sociaux peuvent procéder à une évaluation psychosociale plus globale, décrite au chapitre 6.

À NOTER

Lorsqu'un(e) enfant semble éviter de répondre aux questions, et/ou n'est simplement pas préparé(e) à discuter des sévices sexuels, le travailleur social doit tâcher d'identifier les éventuels facteurs qui peuvent le/la dissuader de parler (par exemple, la présence dans la pièce de la personne qui s'occupe de l'enfant, ou le caractère public du lieu choisi pour l'entretien, etc). S'il n'y a pas de raison évidente, l'enfant peut simplement ne pas être prêt(e) à répondre aux questions posées. Le travailleur social ne doit en aucun cas contraindre l'enfant bénéficiaire à répondre aux questions tant qu'il/elle n'est pas prêt(e).



COMPRENDRE LE CONTEXTE

En premier lieu, les travailleurs sociaux doivent tâcher de comprendre les enfants bénéficiaires et les principaux problèmes auxquels ils sont confrontés. Pour ce faire, ils peuvent commencer par discuter avec l'enfant et/ou la personne qui s'occupe de l'enfant afin de déterminer les raisons pour lesquelles ils/elles souhaitent bénéficier des services. Dans les cas de violences sexuelles infligées aux enfants, il est indispensable de posséder quelques informations sur le contexte des violences sexuelles. Par exemple : 1) l'identité de l'agresseur ; 2) la date des derniers abus ; et 3) d'autres détails permettant de définir le degré d'urgence de certaines interventions, notamment le traitement médical.

Voici quelques questions directives que les travailleurs sociaux peuvent envisager de poser pour recréer le « contexte » ou comprendre l'enfant et sa situation :

- » Quel est le nom de l'enfant ? Quel âge a l'enfant ? (Les travailleurs sociaux doivent avoir obtenu cette information lors de l'étape de présentation et d'implication)
- » Quelles sont les conditions de vie actuelles de l'enfant ? Qui vit dans le foyer de l'enfant ? L'enfant a-t-il/elle un lieu de vie ? Où l'enfant vit-il/elle ?
- » Quelle est la situation familiale ? (L'enfant a-t-il/elle des parents ? Y a-t-il des personnes qui s'occupent de l'enfant ?) L'enfant vit-il/elle avec les personnes qui s'occupent de lui/d'elle ? À ce moment précis, l'enfant est-il/elle accompagné(e) d'une personne qui s'occupe de lui/d'elle ? Y a-t-il, dans la famille de l'enfant, une personne en qui il a confiance ?

L'intérêt de débiter la session d'évaluation par ces grands domaines d'évaluation est d'obtenir des éléments de contexte (c'est-à-dire de compréhension) basiques, mais non moins essentiels, sur l'enfant. Cela permet également au travailleur social de débiter l'évaluation en posant des questions qui ne sont pas aussi menaçantes et/ou effrayantes que peuvent l'être les questions directes sur les violences subies par l'enfant.

COMPRENDRE CE QUI S'EST PASSÉ (LA NATURE ET LA(LES) DATE(S) DES ABUS SEXUELS)

L'un des aspects les plus difficiles de l'entretien d'admission et d'évaluation peut être la discussion sur les abus sexuels subis par l'enfant. Il est pourtant fondamental de recueillir certaines informations à propos de ces abus pour déterminer l'urgence des besoins de l'enfant dans les domaines de la santé et de la sécurité. Les travailleurs sociaux doivent user de la plus grande prudence lorsqu'ils engagent avec un(e) enfant une conversation sur les violences sexuelles subies. Ils doivent appliquer de façon rigoureuse les principes de communication et les directives relatives aux entretiens et rester vigilants afin de détecter tout signe d'inconfort chez l'enfant. Si l'enfant indique verbalement, ou non verbalement, qu'il/elle est gêné(e) de répondre aux questions ou de donner des informations sur son expérience, les travailleurs sociaux sont invités à respecter l'enfant et à mettre un terme à l'entretien. Contraindre un(e) enfant à révéler son expérience est préjudiciable, et vivement déconseillé aux travailleurs sociaux. Nombreux sont les enfants qui, lorsqu'on leur laisse suffisamment de temps et d'espace pour bâtir une relation de confiance avec le travailleur social, finissent par s'ouvrir et raconter ce qui leur est arrivé. Le travailleur social peut être amené(e) à dire à l'enfant « nous pouvons toujours revenir sur ce point plus tard » si l'enfant n'est pas prêt(e) à répondre à une question spécifique, puis à orienter la conversation sur un sujet moins angoissant. En règle générale, les travailleurs sociaux doivent évaluer plusieurs éléments pour comprendre ce qui est arrivé à l'enfant :

- » la nature des abus. En d'autres termes, que s'est-il passé ? Il n'est pas nécessaire de chercher à obtenir de nombreux détails sur les violences subies ; cependant, il est crucial de déterminer si l'agresseur a employé la force, et s'il y a eu une pénétration vaginale/ anale. Dans de telles circonstances, il est vivement recommandé de dispenser des soins et un traitement médicaux immédiats à l'enfant ;
- » la/les date(s) du dernier incident. Il est essentiel de connaître la date du dernier incident pour évaluer l'urgence de l'orientation médicale, et présenter de façon précise les différentes options médicales à l'enfant et la personne qui s'occupe de l'enfant. Différents traitements médicaux seront proposés en fonction de la date du dernier incident.⁶⁵

⁶⁵ Remarque : L'enfant peut avoir subi de nombreux abus sexuels. Les questions liées aux abus antérieurs ne doivent être posées que lorsque les besoins immédiats associés à l'incident de violence faisant l'objet de la gestion des cas ont été satisfaits. Les enfants ne doivent pas être contraints à raconter chaque incident de violence au cours de l'entretien initial, car cela peut engendrer chez lui/elle une détresse émotionnelle et psychologique.

IDENTIFIER L'AGRESSEUR ET DÉTERMINER S'IL PEUT APPROCHER L'ENFANT

Il est utile de recueillir des informations sur l'agresseur présumé pour déterminer si l'enfant et sa famille risquent d'être de nouveau agressés par cette personne et/ou ses proches ou amis. Par exemple, si l'enfant a été agressé(e) sexuellement par un membre de sa famille ou un proche voisin, il/elle peut ne pas être capable de retourner chez lui/elle. Quelques questions clés doivent être posées lors de l'évaluation, notamment :

- » Quel est le lien entre l'agresseur et l'enfant survivant/sa famille ? En d'autres termes, la proximité relationnelle pose-t-elle des risques de sécurité, ou pourrait-elle avoir des effets liés au traumatisme ?
- » Où est l'agresseur (si l'enfant/la famille le connaît) ? Peut-il aisément approcher l'enfant ?
- » Quel est le travail de l'agresseur ? (Sa fonction - et le pouvoir dont il dispose - peuvent-ils compromettre la sécurité de l'enfant/sa famille ?)
- » Dans quelle mesure la personne qui s'occupe de l'enfant est-elle capable de protéger l'enfant de l'agresseur ?
- » Quel est le nombre d'agresseurs impliqués ? (Cette information peut être obtenue lors de sessions/d'entretiens supplémentaires avec l'enfant bénéficiaire, dans le cadre de sa prise en charge globale et son traitement)

DÉTERMINER SI L'ENFANT A DÉJÀ BÉNÉFICIÉ DE SERVICES MÉDICAUX

Le travailleur social doit déterminer si l'enfant a déjà bénéficié de services liés à l'agression sexuelle. Cette information lui permet en effet d'identifier les personnes avec qui l'enfant s'est déjà entretenu(e), et influe par ailleurs sur l'élaboration du plan d'action personnalisé. Par exemple, si l'enfant a été adressé(e) au travailleur social après avoir reçu des soins et un traitement cliniques liés à l'agression sexuelle, il/elle n'a pas besoin d'être orienté(e) vers des services médicaux. Par ailleurs, comme nous l'avons souligné précédemment, si l'enfant a déjà reçu des soins et un traitement dispensés par un autre prestataire de services, le travailleur social peut envisager de demander les informations obtenues lors de l'évaluation aux professionnels de la santé ou de la protection de l'enfance déjà impliqués dans le cas de l'enfant. Cela permet en effet d'éviter que les enfants répètent inutilement leur récit.

LES AUTRES INFORMATIONS DONNÉES PAR L'ENFANT

Lors de l'évaluation, le travailleur social peut finir par obtenir de nombreux autres détails sur l'enfant et sa situation. Toutes les informations fournies par l'enfant peuvent aider le travailleur social (mais aussi l'enfant) à mieux comprendre ce qui s'est passé. Cette compréhension est fondamentale pour identifier les principaux besoins de l'enfant, mais aussi élaborer un plan

d'action réaliste fondé sur les besoins exprimés. Une fois que le travailleur social a évalué la situation, et possède de premières informations sur ce qui est arrivé à l'enfant, il/elle peut passer à l'étape finale de l'évaluation, qui consiste à évaluer chaque catégorie de besoins prioritaire (la sécurité, la santé, le soutien psychosocial et la justice), et à définir les étapes d'intervention suivantes.

2. ÉVALUER LES PRINCIPAUX BESOINS MÉDICAUX DE L'ENFANT

Une fois que le travailleur social comprend mieux l'enfant (et la personne qui s'occupe de l'enfant) mais aussi sa situation, il convient de passer à la phase suivante de la session d'admission et d'évaluation, qui vise spécifiquement à identifier les principaux besoins de l'enfant. La phase qui consiste à mieux appréhender l'expérience vécue par l'enfant doit toujours être suivie d'une évaluation finale des besoins (axée en priorité sur les besoins liés à la santé et la sécurité) et de l'élaboration d'un plan d'action pour aider l'enfant à répondre aux besoins identifiés. Le formulaire « Évaluation des besoins de l'enfant et élaboration d'un plan d'action » a été mis au point pour aider les travailleurs sociaux à identifier les besoins immédiats de l'enfant. Y sont consignés le résumé de l'évaluation des besoins de l'enfant, ainsi que le plan d'action correspondant pour satisfaire ces besoins.

ÉVALUATION DE LA SÉCURITÉ DE L'ENFANT

POINT D'ÉVALUATION PRINCIPAL: DÉTERMINER SI L'ENFANT EST EN SÉCURITÉ

Il s'agit du domaine d'évaluation prioritaire le plus important. Cette question doit impérativement être traitée avant la fin de l'entretien entre l'enfant et le travailleur social. Dans les cas de violences sexuelles infligées aux enfants, et notamment lorsque les abus ont été infligés au sein du foyer ou par un membre de la famille, les travailleurs sociaux doivent demander à l'enfant (de 6 ans et plus), en privé, quelles sont ses inquiétudes en matière de sécurité. Cela permet à l'enfant de s'exprimer sans la présence du parent/de la personne qui s'occupe de l'enfant, et au travailleur social d'obtenir des informations supplémentaires qu'il/elle n'aurait pu obtenir autrement. Si l'enfant refuse de s'entretenir seul(e) avec le travailleur social, et/ou si l'enfant et la personne qui s'occupe de l'enfant semblent angoissé(e)s ou agité(e)s, le travailleur social doit faire preuve de discernement pour déterminer s'il faut ou non procéder à l'évaluation de la sécurité. Les différents éléments à évaluer sont les suivants :

- » **le sentiment de sécurité personnelle de l'enfant au sein de son foyer.** Exemples de questions : « Y a-t-il une personne dont tu as peur à la maison ? », « Quand tu es à la

maison, as-tu peur qu'on te fasse du mal ?», « Est-ce que la personne qui te fait du mal vient chez vous ? » ;

» **le sentiment de sécurité personnelle de l'enfant au sein de la communauté.**

Exemples de questions : « Lorsque tu vas à l'école à pied, est-ce que tu as peur de quelque chose ou de quelqu'un ? », « Est-ce qu'il t'arrive d'avoir peur hors de la maison ? Si oui, à quel endroit ? », « Comment ça se passe à l'école ? » « Te sens-tu en sécurité à l'école ? » ;

» **les sources de soutien/sécurité de l'enfant identifiées.** Exemples de questions : « Avec qui te sens-tu en sécurité ? », « Quand tu as un problème, à qui en parles-tu ? », et « À qui fais-tu confiance chez toi ? ».

Pour évaluer la sécurité de l'enfant, le travailleur social doit analyser les informations recueillies lors de l'admission initiale, afin de définir les besoins de l'enfant et les risques auxquels il/elle est exposé(e) en matière de sécurité, y compris les facteurs de risque familiaux. Lorsque les violences sexuelles ont été infligées par un parent proche de sexe masculin, les travailleurs sociaux doivent rechercher d'autres types de violence, notamment la violence domestique, la violence physique et/ou la négligence grave. Plusieurs facteurs de risque spécifiques doivent être évalués, notamment :

- » les indications de violence ou d'abus dans le cercle familial ;
- » la volonté de la famille/la personne qui s'occupe de l'enfant de protéger l'enfant contre de nouveaux abus ;
- » les possibilités pour l'/les agresseur(s) d'approcher l'enfant et/ou les personnes qui s'occupent de l'enfant ;
- » le sentiment de sécurité de l'enfant et de la personne qui s'occupe de l'enfant.

Les risques pour la sécurité des enfants peuvent ne pas être apparents. En fonction de l'âge et du niveau de développement de l'enfant, le travailleur social peut être amené(e) à adapter ses questions pour permettre à l'enfant de comprendre. Au cours de l'évaluation de la sécurité, la principale mission du travailleur social consiste à déterminer si l'enfant est à l'abri de nouveaux abus. L'évaluation de la situation de l'enfant doit lui permettre de répondre aux questions suivantes :

- » Y a-t-il quoi que ce soit qui laisse penser que les personnes qui s'occupent de l'enfant ne peuvent ou ne vont pas protéger l'enfant ?
- » L'enfant est-il/elle en sécurité dans son foyer ? (Par ex., peut-il/elle retourner chez lui/elle ?)
- » L'agresseur peut-il facilement approcher l'enfant chez lui/elle ?
- » L'enfant craint-il/elle les membres de sa famille ou dit-t-il/elle ne pas vouloir retourner chez lui/elle ?
- » D'autres risques pour la sécurité de l'enfant ont-ils été identifiés au cours de l'entretien d'évaluation ?

À partir des informations recueillies, et de sa discussion avec l'enfant bénéficiaire, le travailleur social synthétise ensuite l'évaluation de la sécurité dans la **Section A. Évaluation de la sécurité de l'enfant.**

A. ÉVALUATION DE LA SÉCURITÉ DE L'ENFANT	
Point d'évaluation principal : la situation actuelle de l'enfant en termes de sécurité.	
<input type="checkbox"/> Oui, l'enfant est en sécurité.	<input type="checkbox"/> Non, l'enfant n'est pas en sécurité.
Veuillez préciser dans le champ ci-contre	Les risques suivants ont été identifiés : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Les personnes qui s'occupent de l'enfant ne peuvent pas protéger/ne protégeront pas l'enfant contre de nouvelles violences. <input type="checkbox"/> L'agresseur vit avec l'enfant/peut facilement approcher l'enfant à son domicile. <input type="checkbox"/> L'enfant craint les membres de sa famille et ne souhaite pas regagner son domicile. <input type="checkbox"/> Autre raison (veuillez préciser) _____

L'ÉVALUATION DES BESOINS MÉDICAUX DE L'ENFANT

POINT D'ÉVALUATION PRINCIPAL : DÉTERMINER SI L'ENFANT DOIT ÊTRE ORIENTÉ(E) VERS DES SERVICES DE SANTÉ.

Lors de l'évaluation, il est crucial de déterminer si les enfants bénéficiaires doivent être orientés vers des services de santé. Différents facteurs, notamment la présence de lésions, et/ou la douleur exprimée par l'enfant, et/ou la date de l'agression, et/ou la nature de l'agression, et/ou la possibilité de recueillir des éléments de preuve, permettent d'évaluer l'urgence des références vers les services de santé. Si l'agression sexuelle a eu lieu au cours des 120 heures précédentes, l'enfant doit être orienté(e) en urgence, car il s'agit du délai dans lequel un traitement vital peut être administré. Si plus de 120 heures se sont écoulées, mais que l'enfant présente des lésions ou se plaint de douleurs, l'orientation vers les services de santé peut rester urgente. Une orientation urgente (par ex. immédiate) peut être nécessaire pour les raisons suivantes :

- » **Administrer un traitement préventif contre le VIH** : Le risque de contracter le VIH peut être réduit lorsque l'enfant est orienté(e) vers des services de santé dans un délai de 3 jours (72 heures) afin de recevoir un traitement prophylactique post-exposition contre le VIH.
- » **Prévenir une grossesse** : Le risque de grossesse non désirée peut être réduit lorsque l'enfant est orienté(e) vers des services de santé dans un délai de 5 jours (120 heures) afin de recevoir une contraception d'urgence.

- » **Traiter/stabiliser une lésion ou une douleur aiguë** : Un traitement médical d'urgence peut être indiqué selon la sévérité et la nature de la lésion (par ex. fractures, plaies ou lésions internes).
- » **Recueillir des preuves** : Lorsque l'enfant bénéficiaire souhaite que des preuves soient recueillies à des fins de poursuite judiciaire, il est important de procéder à un examen médical et de consigner les résultats dans les meilleurs délais (48 heures). Si l'enfant ne s'est pas douché(e) ou n'est pas allé(e) aux toilettes, un échantillon de sperme peut être recueilli dans la bouche ou le vagin, dans un délai de 12 ou 48 heures, respectivement. S'il n'y a pas eu pénétration, du sperme peut être retrouvé sur le corps dans un délai de 6 heures. Les lésions doivent être documentées de façon détaillée.
- » **Veillez noter** que certaines lésions graves ou engageant le pronostic vital sont difficiles à détecter, car elles peuvent ne pas être visibles physiquement ou ne pas provoquer de douleurs (par ex. une hémorragie interne intestinale ou cérébrale, une fistule etc.).

LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE N'EST PAS URGENTE

Les enfants survivants qui sollicitent une prise en charge plus de 120 heures après l'agression sexuelle peuvent toujours avoir besoin d'un traitement ; ce traitement ne doit pas être retardé, et les bénéficiaires ne doivent pas être dissuadés de demander une prise en charge médicale. Les infections sexuellement transmissibles, notamment l'infection à chlamydia, la gonococcie et la syphilis, doivent être traitées à l'aide d'antibiotiques ; à défaut de traitement, ces infections peuvent provoquer une maladie chronique ou une infertilité. Le vaccin contre l'hépatite B peut être administré jusqu'à 14 jours après l'exposition. L'incontinence urinaire ou fécale peut faire évoquer des complications sévères associées à une lésion, par exemple une fistule ou une atteinte du sphincter anal nécessitant une intervention chirurgicale. Les répercussions émotionnelles et psychologiques à long terme des violences sexuelles peuvent nécessiter un traitement par antidépresseurs ou anxiolytiques. Les grossesses résultant d'une agression sexuelle peuvent être interrompues sans danger jusqu'à la 22^e semaine.

- » **L'examen clinique et génital** : Un examen clinique et/ou un examen des parties génitales externes peut/peuvent s'avérer nécessaire(s) pour évaluer les lésions. L'examen clinique peut également être rassurant pour l'enfant bénéficiaire, qui peut souhaiter s'assurer qu'il/elle n'a pas de problème physique, de lésions internes ou d'infections.
- » **Les analyses biologiques** : Des analyses peuvent être faites pour rechercher des infections sexuellement transmissibles ou détecter une grossesse après l'agression sexuelle. Le test de dépistage du VIH peut être effectué dès 6 semaines après l'agression, et doit être répété 3 à 6 mois après l'incident. Le test de grossesse peut être effectué une semaine après l'agression.

En fonction des éléments précédents, le travailleur social doit déterminer s'il est nécessaire d'orienter l'enfant vers des services de santé, et évaluer l'urgence de ce renvoi, en se basant sur les critères d'évaluation suivants :

- » la date/le moment de l'incident le plus récent ;
- » la présence de lésions/les plaintes de douleurs ;
- » la demande et/ou le souhait de l'enfant de bénéficier d'un bilan de santé ;
- » les options de prise en charge en cas de grossesse (si elles existent).
- » le souhait de bénéficier d'un test de dépistage du VIH et d'un suivi psychologique en cas de séropositivité.

L'ENFANT DOIT ÊTRE ORIENTÉ(E) EN URGENCE (IMMÉDIATEMENT) VERS DES SERVICES DE SANTÉ

Lorsque l'incident le plus récent a eu lieu au cours des dernières 120 heures et/ou lorsque l'enfant est blessé(e)/souffre de douleurs physiques, il/elle doit être immédiatement adressé(e) afin de recevoir un traitement médical d'urgence. Lorsque les abus remontent à plus de 120 heures, l'enfant doit quand même être orienté(e) vers des services de santé pour recevoir un traitement médical non urgent, bénéficier d'un examen clinique et génital, effectuer des analyses biologiques, être examiné(e) à des fins de prélèvement d'éléments de preuves, et être rassuré(e)/soutenu(e).

L'ENFANT DOIT ÊTRE ORIENTÉ(E) SANS URGENCE (DÈS QUE POSSIBLE) VERS DES SERVICES DE SANTÉ

Lorsque l'enfant ne souffre pas de douleurs physiques ou de lésions, que l'agression sexuelle a eu lieu plus de 120 heures auparavant, et qu'il n'y a pas eu, lors de l'agression, de recours à la violence physique, d'attouchements ou de pénétration, le renvoi vers des services de santé peut être nécessaire, mais il n'est pas urgent. Toutes les personnes ayant subi des violences sexuelles ont le droit de recevoir des soins médicaux. Tous les enfants qui ont été agressés sexuellement, ainsi que les personnes qui s'occupent de ces enfants, doivent recevoir des informations sur les services médicaux disponibles, et se voir proposer un choix de services. Les renvois médicaux non urgents peuvent être nécessaires pour administrer un traitement médical non urgent, effectuer un examen clinique et génital, effectuer des analyses biologiques, recueillir des preuves, et rassurer/soutenir l'enfant.

L'ENFANT N'A PAS BESOIN D'ÊTRE ORIENTÉ(E) VERS DES SERVICES DE SANTÉ

Si l'enfant a déjà reçu des soins médicaux, ou si les soins médicaux ou le traitement ne sont pas nécessaires (s'il n'y a pas eu de contact physique lors de l'agression, par exemple), le travailleur social doit consigner dans le formulaire les raisons pour lesquelles l'enfant n'est pas adressé(e). À partir des informations recueillies, et de sa discussion avec l'enfant bénéficiaire, le travailleur social synthétise ensuite l'évaluation de la sécurité dans la **Section B. Évaluation des besoins médicaux de l'enfant**.

B. ÉVALUATION DES BESOINS MÉDICAUX DE L'ENFANT

Point d'évaluation principal : L'enfant doit-il/elle être orienté(e) à des services de santé ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Oui, l'enfant doit être orienté (e) immédiatement | <input type="checkbox"/> Non, il n'est pas nécessaire d'orienter l'enfant car : |
| <input type="checkbox"/> L'agression la plus récente a eu lieu au cours des dernières 120 heures | <input type="checkbox"/> Ces services sont déjà assurés par un autre organisme |
| <input type="checkbox"/> L'enfant se plaint de douleurs physiques et de blessures | <input type="checkbox"/> Ces services ne sont pas nécessaires (par ex. absence de contact physique au cours de l'agression) |
| <input type="checkbox"/> Autre raison indiquée (par ex. saignements ou pertes, ou souhait de l'enfant) | <input type="checkbox"/> Autre raison : |

L'ÉVALUATION PSYCHOSOCIALE

POINT D'ÉVALUATION PRINCIPAL : DÉTERMINER LE NIVEAU DE FONCTIONNEMENT ACTUEL DE L'ENFANT

Remarque : Si l'enfant a des inquiétudes urgentes sur les plans de santé et/ou de la sécurité, il peut être nécessaire d'évaluer ses besoins psychosociaux au cours d'un entretien ultérieur.

La violence sexuelle a de profondes répercussions sur la santé émotionnelle des enfants, sur leur capacité à accomplir leurs activités quotidiennes, et sur leur sens global de la sécurité dans le monde. Le plus souvent, les enfants communiquent leur mal-être en modifiant leur comportement. Les travailleurs sociaux commencent à appréhender l'état psychosocial de l'enfant dès le tout premier entretien. Son état émotionnel, ses expressions faciales, son langage corporel et tout autre comportement peuvent constituer des signes de mal-être. Les travailleurs sociaux doivent non seulement observer les enfants de façon continue, mais aussi évaluer de façon très élémentaire le fonctionnement de l'enfant, en posant notamment des questions à l'enfant et aux personnes qui s'occupent de l'enfant sur ses changements de comportement depuis les violences subies. Toutes les éventuelles autres inquiétudes du travailleur social concernant

la santé mentale de l'enfant doivent également être consignées à ce stade (par ex. si l'enfant semble angoissé(e), agité(e), maussade, craintif(ve), suicidaire etc.).⁶⁶

Au moment d'évaluer l'état psychosocial de l'enfant, le travailleur social doit expliquer à l'enfant et aux personnes qui s'occupent de l'enfant la raison pour laquelle ces questions leur sont posées. Il peut commencer par dire « L'expérience de _____ peut être très effrayante pour un(e) enfant. Cela peut les inciter à agir différemment, et à avoir des sentiments différents par rapport à avant _____. J'aimerais maintenant te (vous) poser quelques questions sur tes activités quotidiennes (les activités quotidiennes de votre enfant). Est-ce que tu es (vous êtes) d'accord ?

Ensuite, le travailleur social peut poser les questions clés, notamment :

- » L'enfant a-t-il/elle arrêté d'aller à l'école ?
- » L'enfant a-t-il/elle cessé de quitter le domicile ?
- » L'enfant a-t-il/elle arrêté de jouer avec ses amis ?
- » L'enfant se sent-il/elle triste la plupart du temps ?
- » Les habitudes de l'enfant concernant le sommeil et l'alimentation ont-elles changé ?

Ces différentes questions aident à déterminer si l'enfant et/ou la personne qui s'occupe de l'enfant perçoit/perçoivent des changements significatifs depuis l'agression. Le travailleur social doit également évaluer les points forts de l'enfant et la famille, et tenir compte de ces éléments lorsqu'il planifie la prise en charge et le traitement globaux de l'enfant bénéficiaire. Si la violence sexuelle affecte profondément les enfants, il est toutefois important de garder à l'esprit qu'ils sont forts et résilients, et leurs forces doivent être identifiées et renforcées tout au long de la prise en charge et du traitement. Certaines questions permettent d'orienter ce volet de l'évaluation psychosociale, notamment :

- » Que fais-tu quand tu as peur ? Cette question aide les enfants à penser aux personnes, aux lieux ou aux actions auxquels ils se rattachent lorsqu'ils sont en danger.
- » Qui sont les personnes avec lesquelles tu te sens en sécurité ? Cette question aide les enfants à identifier les personnes qui les soutiennent, par exemple les membres de leur famille, leurs enseignants, leurs amis ou leurs voisins, et qui peuvent contribuer à leur rétablissement et leur guérison.
- » Que fais-tu pour te sentir en sécurité ? Cette question aide les enfants à déterminer de quelle façon ils influent eux-mêmes sur leur sens de la sécurité.
- » Quels sont tes centres d'intérêt ? Cette question aide les enfants à identifier les activités qui leur plaisent et auxquelles ils aiment s'adonner. Tenir compte des intérêts des enfants permet de les rattacher à des activités qui leur apportent bonheur et joie dans leur vie quotidienne, et facilite ainsi le processus de guérison.

⁶⁶ Vous trouverez pages 130 à 135 des conseils supplémentaires pour prendre en charge un(e) enfant suicidaire.

Grâce aux informations recueillies au cours de l'évaluation des besoins psychosociaux, le travailleur social peut déterminer dans quelle mesure les violences sexuelles affectent actuellement l'enfant, et sur quels points forts l'enfant et sa famille peuvent s'appuyer au cours du processus de gestion des cas. À partir des informations recueillies, et de sa discussion avec l'enfant bénéficiaire, le travailleur social synthétise ensuite l'évaluation des besoins psychosociaux dans la **Section C. Évaluation des besoins psychosociaux de l'enfant.**

C. ÉVALUATION DES BESOINS PSYCHOSOCIAUX DE L'ENFANT	
Point d'évaluation principal : L'état émotionnel et le niveau de fonctionnement actuels de l'enfant.	
<p>Le comportement de l'enfant a évolué de façon significative depuis l'agression. Ce changement se manifeste de la façon suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Il/elle ne va plus à l'école <input type="checkbox"/> Il/elle ne quitte plus le domicile <input type="checkbox"/> Il/elle ne joue plus avec ses amis <input type="checkbox"/> Il/elle se sent triste la majeure partie du temps <input type="checkbox"/> Ses habitudes de sommeil ou d'alimentation ont changé <input type="checkbox"/> Autres difficultés ou changements majeurs signalés : 	<p>Décrivez l'état émotionnel de l'enfant (exprimé ou observé)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>
<p>Comment la personne qui s'occupe de l'enfant comprend-elle le fonctionnement actuel de l'enfant ? Expliquez, si possible</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	<p>Énumérez les points forts de l'enfant / la famille : (dressez une liste des éléments positifs qui peuvent aider l'enfant / la famille à se rétablir)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>

NOTE PARTICULIÈRE : ÉVALUER LE RISQUE DE SUICIDE CHEZ LES JEUNES



Les jeunes enfants, et plus particulièrement les adolescents, peuvent réagir de façon extrêmement grave aux violences sexuelles qu'ils ont subies. Les travailleurs sociaux se doivent d'être vigilants afin de détecter les éventuels signes indiquant que l'enfant risque de se faire du mal ou de se suicider. Il peut s'avérer difficile, pour les travailleurs sociaux, de questionner les enfants bénéficiaires sur leurs pensées et/ou projets suicidaires, mais ces questions sont nécessaires pour faire face à une situation de crise potentielle. Les situations de crise, par exemple un(e) enfant qui a des pensées suicidaires intenses et urgentes, sont généralement limitées dans le temps et spécifiques au contexte donné. Avec le temps, en mobilisant les ressources appropriées et prenant les mesures de sécurité qui s'imposent, les travailleurs sociaux peuvent aider les enfants à retrouver leur niveau de fonctionnement antérieur à la crise.

L'intervention d'urgence pour risque de suicide, lorsqu'elle est nécessaire, est l'un des composants de l'évaluation globale et du plan de traitement élaboré pour un(e) enfant bénéficiaire. Les professionnels de la santé et du soutien psychosocial doivent impérativement acquérir des compétences de base pour être à même de reconnaître un enfant en crise suicidaire et d'intervenir de façon efficace. Les stratégies d'intervention doivent non seulement être cliniquement adaptées, mais également pertinentes d'un point de vue pratique par rapport au contexte de traitement spécifique. Des instructions basiques pour intervenir auprès des enfants bénéficiaires en crise sont fournies ci-après. Les organismes qui assurent des services de gestion des cas et un soutien psychosocial doivent néanmoins avoir adopté des protocoles spécifiques sur le suicide et dispenser une formation à l'ensemble du personnel intervenant auprès d'enfants.

Si le travailleur social craint que l'état de l'enfant l'incite à penser au suicide, il est important de commencer à évaluer immédiatement la gravité potentielle de ces pensées et sentiments. Les enfants, et particulièrement les adolescents, ressentent souvent le besoin de mourir ou « disparaître » après avoir été agressés sexuellement. Dans les situations où les enfants expriment des pensées suicidaires, la principale responsabilité du travailleur social consiste à déterminer s'il ne s'agit que d'un sentiment, ou si ce sentiment est accompagné d'une intention d'agir (c'est-à-dire l'intention de se donner la mort). Pour ce faire, différentes étapes doivent être suivies pour évaluer le risque, notamment :

- » **Étape 1** : Évaluer les pensées suicidaires actuelles/passées
- » **Étape 2** : Évaluer le risque : létalité et besoin de sécurité
- » **Étape 3** : Réagir face à ces sentiments et fournir une assistance
- » **Étape 4** : Élaborer un plan d'action pour assurer la sécurité de l'enfant.

ÉTAPE 1

ÉVALUER LES PENSÉES SUICIDAIRES ACTUELLES/PASSÉES

- A. Expliquez à l'enfant : « Je vais te poser quelques questions auxquelles tu auras peut-être du mal à répondre, mais je m'inquiète pour toi, donc je veux être sûr(e) que ça ira. »
- B. Posez à l'enfant des questions qui peuvent vous aider à évaluer ses pensées suicidaires. Ces questions varient d'une culture ou d'un contexte à l'autre. En voici quelques exemples :
 - Penses-tu à la mort ? Ou aimerais-tu être mort(e) ?
 - As-tu pensé à te faire du mal ou à te donner la mort récemment ?
 - Est-ce que parfois tu souhaiterais t'endormir et ne jamais te réveiller ? À quelle fréquence ? Depuis quand ?

- C. En fonction des réponses de l'enfant, vous pourrez ou non avoir besoin de poursuivre l'évaluation du risque de suicide.
- Si l'enfant répond « non » et que rien ne laisse suggérer qu'il/elle prévoit de se faire du mal ou de se donner la mort, le risque est probablement limité. Dans ce cas, le travailleur social peut généralement cesser l'évaluation. Une nouvelle fois, cela doit être déterminé au cas par cas, en fonction de l'absence ou de la présence de signes indiquant que l'enfant a effectivement des pensées suicidaires.
 - Si l'enfant répond « oui » à l'une ou l'autre des questions, dites-lui « Est-ce que tu peux m'en dire plus sur ces pensées ? », puis passez à l'étape 2.

ÉTAPE 2

ÉVALUER LE RISQUE : LÉTALITÉ ET BESOIN DE SÉCURITÉ

Les enfants répondent souvent « non » lorsqu'on leur demande s'ils ont élaboré un plan pour se suicider. Les travailleurs sociaux doivent néanmoins les sonder avec délicatesse afin d'identifier des signes permettant de le déterminer. Ils doivent par ailleurs évaluer les tentatives de suicide antérieures. Avant de poser des questions aux enfants, il convient de leur rappeler qu'ils ont le droit de se sentir tristes ou de souhaiter mourir. Les enfants ont besoin de sentir que les travailleurs sociaux les comprennent, comprennent leurs sentiments et ne les jugent pas. Cela les aide à se sentir en sécurité et à l'aise pour se confier davantage. Voici quelques exemples de questions pour sonder l'enfant :

- » « Peux-tu me dire comment tu mettrais fin à tes jours ? [Laissez à l'enfant le temps de répondre]. Que ferais-tu ? Quand t'es-tu dit que tu le ferais ? Où t'es-tu dit que tu le ferais ? Les (pistolets/comprimés/autres méthodes) sont-ils (accessibles à la maison/faciles à obtenir) ? »
 - » « T'es-il déjà arrivé(e) de commencer à faire quelque chose pour mettre fin à tes jours, puis de changer d'avis ? « Quelqu'un t'a-t-il déjà empêché(e) de mettre fin à tes jours, ou interrompu(e) alors tu avais commencé à faire quelque chose ? Que s'est-il passé ? Quand cela est-ce arrivé ? Combien de fois cela est-il arrivé ?
- A. Si l'enfant est incapable d'expliquer comment il/elle mettrait fin à ses jours, et/ou si l'enfant n'a encore jamais tenté de se suicider, le risque est moins imminent. À ce stade, le travailleur social doit soutenir l'enfant en explorant avec lui/elle les qualités qu'il/elle possède pour faire face aux sentiments et pensées difficiles, et si nécessaire, élaborer avec lui/elle un plan pour assurer sa sécurité (voir l'étape 4).
- B. Si l'enfant est incapable d'expliquer un plan et/ou indique qu'il/elle a déjà tenté de se suicider, le risque est plus imminent. Les travailleurs sociaux doivent alors passer à l'étape 3.

ÉTAPE 3

RÉAGIR FACE À CES SENTIMENTS ET APPORTER UN SOUTIEN

- A. Le travailleur social doit impérativement garder son calme si l'enfant exprime des pensées suicidaires et explique son plan pour mettre fin à ses jours. Il ne faut pas tenter de dissuader l'enfant de se faire du mal, ni lui donner de conseils sur ce qu'il/elle devrait faire. Ce désir de mourir sert un objectif pour l'enfant : il/elle tente une dernière fois se sentir qu'il/elle a le contrôle de quelque chose.
- B. Voici ce qu'il faut dire à l'enfant : « Je comprends que tu aies ces sentiments, et je suis désolée. Je sais que ça n'a pas été facile pour toi de partager ces informations. Tu es très courageux(se) de me l'avoir dit. C'est important pour moi que tu ne te fasses pas de mal. J'aimerais qu'on réfléchisse ensemble à un plan pour t'aider à ne pas te faire de mal. Est-ce que tu es d'accord ? »
- C. Élaborez un plan pour assurer la sécurité du/de la bénéficiaire. Passez à l'étape 4.

ÉTAPE 4

ÉLABORER UN PLAN D'ACTION POUR ASSURER LA SÉCURITÉ DE L'ENFANT.

Ce plan d'action est un outil important, qui doit être utilisé par l'enfant et le travailleur social pour veiller à ce que l'enfant ne se mette pas en danger. Les travailleurs sociaux doivent discuter avec l'enfant pour s'assurer qu'il/elle accepte d'élaborer le plan convenu, quel qu'il soit. Les points de vue, opinions et pensées de l'enfant aident à définir le plan. En voici quelques composants :

- A. Aider l'enfant à identifier les signes d'avertissement à l'aide de questions de ce type :
- « Que se passe-t-il quand tu commences à penser à mettre fin à tes jours ou à te faire du mal ? Que ressens-tu ? À quoi penses-tu ? Comment sauras-tu que tu as besoin d'utiliser ce contrat de sécurité ?
- B. Aider l'enfant à identifier des stratégies pour aller mieux :
- Expliquez à l'enfant : « Notre objectif est de trouver d'autres choses que tu peux faire pour t'aider à te sentir mieux.
 - Demandez à l'enfant :
 - « Dans le passé, quand tu as pensé à mettre fin à tes jours, qu'est-ce qui t'en a empêché(e) ? »
 - « Y a-t-il des choses que tu peux faire pour aller mieux quand tu commences à penser à te faire du mal ou mettre fin à tes jours ? Qu'est-ce qui t'a aidé(e) à te sentir mieux dans le passé ? Y a-t-il quelqu'un à qui tu peux parler ou t'adresser ? »

- En fonction de ses réponses, mettez vous d'accord avec l'enfant pour qu'il/elle utilise ces stratégies/fasse ces choses utiles plutôt que de se faire du mal.

C. Identifier un « ange-gardien »

- Expliquez à l'enfant que vous voulez être certain(e) qu'il/elle est en sécurité. Outre la mise en place de stratégies pour aider l'enfant à se sentir mieux, il convient d'informer l'enfant qu'un de ses parents, ou une autre personne de confiance, doit être prévenu(e) pour pouvoir intervenir en tant qu'« ange-gardien ».
- Dites à l'enfant : « Nous voulons t'aider à rester loin de tout danger. Parfois, nous demandons aux membres de la famille de nous aider à veiller à ta sécurité. Y a-t-il quelqu'un dans ta famille qui pourrait rester à tes côtés ? Pouvons-nous tous les deux faire en sorte que cette personne accepte de rester à tes côtés pour te protéger ? »
- Identifiez un « ange-gardien » qui puisse rester 24h/24 et 7j/7 avec l'enfant pour s'assurer qu'il/elle ne se fait pas de mal.

GÉRER UNE SITUATION DE CRISE IMMÉDIATE

Si l'enfant semble traverser une crise active (il/elle est très perturbé(e), a des pensées suicidaires actives et un plan, se montre menaçant et/ou a un comportement incontrôlable, ou semble être en danger), veuillez suivre les étapes suivantes :

- A. Restez calme ; rappelez à l'enfant que vous êtes content(e) qu'il/elle vous ait fait part de sa crise, et que vous voulez l'aider. Ne criez pas, ne réagissez pas avec véhémence, et ne manifestez pas de colère à son égard ;
- B. Expliquez à l'enfant que vous aimeriez parler tout de suite avec votre superviseur. Contactez votre superviseur immédiatement. Discutez avec ce dernier alors que le/la bénéficiaire est toujours dans les locaux. Décidez ou convenez d'un plan AVANT le départ de l'enfant ;
- C. Si vous ne pouvez pas contacter votre superviseur, et si personne ne peut rester 24h/24 et 7j/7 avec l'enfant, faites en sorte que le/la bénéficiaire soit adressé(e) immédiatement à l'hôpital, ou tout autre lieu sûr et supervisé, jusqu'à ce que vous parveniez à contacter votre superviseur. Le travailleur social pourra être tenu(e) de rester avec l'enfant s'il n'y a aucune autre option.

APPUYER LES TRAVAILLEURS SOCIAUX

Les interventions directes auprès des jeunes exposés à un risque de suicide élevé ou qui ont un comportement suicidaire peuvent être extrêmement complexes, à différents niveaux. Les prestataires de services qui interviennent dans les zones rurales ou éloignées sont souvent

confrontés à des difficultés spécifiques, liées à des problèmes d'isolement ou des ressources limitées. Les questions éthiques et juridiques, notamment la confidentialité et le consentement éclairé, doivent aussi être gérées lorsque l'on travaille auprès d'enfants (et d'adultes) qui risquent de se suicider. Par conséquent, chaque travailleur social doit bénéficier d'une étroite supervision lorsqu'il/elle travaille auprès d'un(e) jeune activement suicidaire. Il est conseillé aux travailleurs sociaux de demander à leur superviseur et/ou un autre travailleur social de revoir l'évaluation des risques et d'élaborer le plan d'action avant que l'enfant ne quitte l'organisme prestataire de services/le travailleur social ; par ailleurs, chaque décision doit être débattue avec un autre professionnel. Cela permet aux prestataires de services de ne pas porter seul le poids de l'intervention et les responsabilités décisionnelles qu'ils ont à assumer lors de la prise en charge d'un(e) jeune suicidaire.

IDENTIFIER LES BESOINS JURIDIQUES DE L'ENFANT ET ÉLABORER UN PLAN D'ACTION

POINT D'ÉVALUATION PRINCIPAL : DÉTERMINER SI L'ENFANT ET LA PERSONNE QUI S'OCCUPE DE L'ENFANT SOUHAITENT INTENTER UNE ACTION EN JUSTICE PAR LE BIAIS DU SYSTÈME JUDICIAIRE EXISTANT

La décision de poursuivre l'agresseur en justice est une décision capitale ; les familles doivent donc posséder toutes les informations nécessaires pour y réfléchir. Les familles se laissent souvent du temps pour prendre leur décision. Au cours de l'évaluation initiale, les travailleurs sociaux doivent poser des questions générales à l'enfant/la famille pour déterminer s'ils pensent ou non à intenter une action en justice (sous réserve qu'une telle action soit possible).

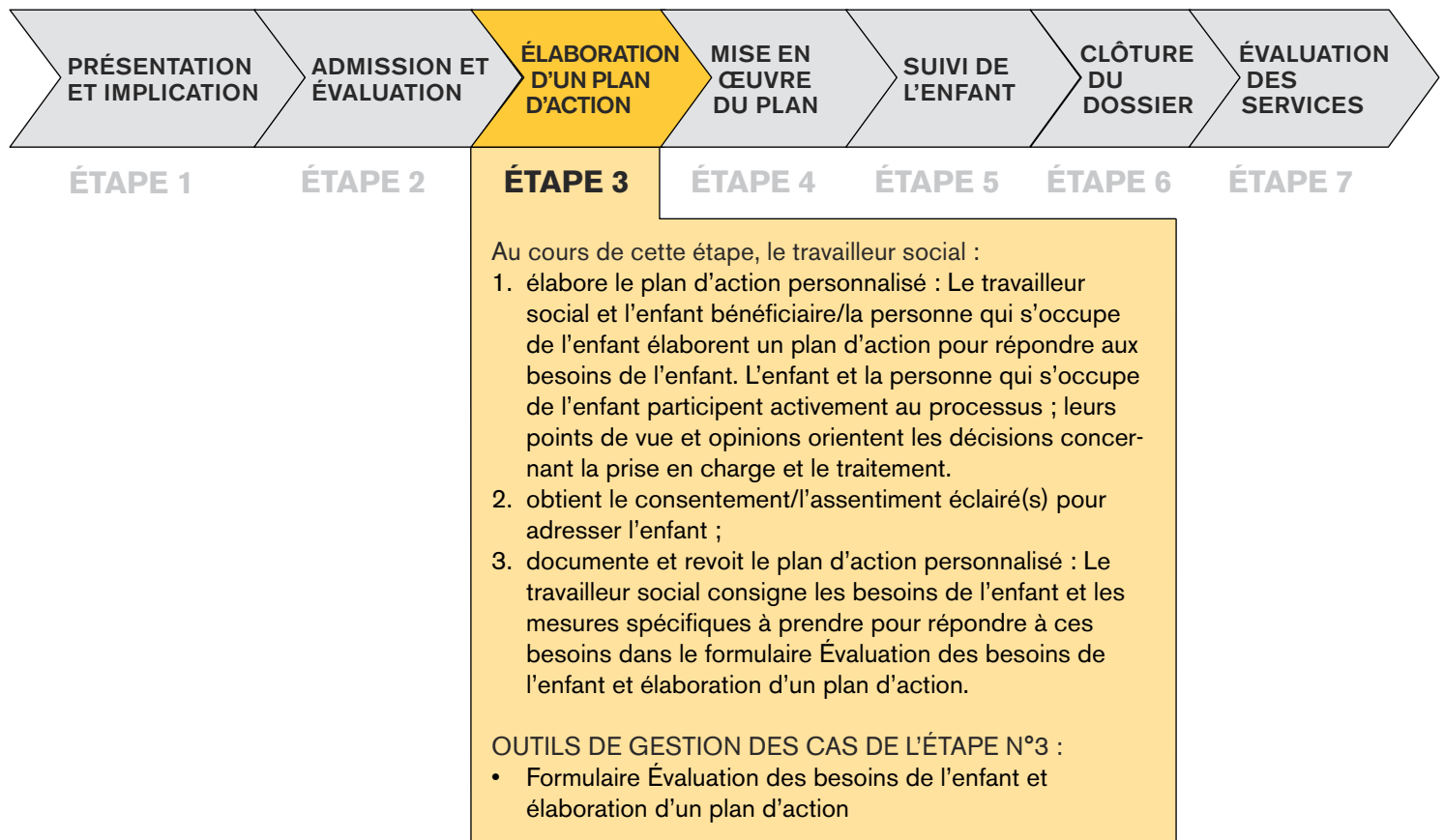
Ils doivent par conséquent connaître les différentes options disponibles pour obtenir justice dans un contexte particulier. S'il existe un centre d'assistance juridique, les enfants et les personnes qui s'occupent des enfants doivent y être adressé(e)s, pour se faire expliquer de façon exhaustive les différentes options dont ils disposent. Le travailleur social peut consigner les renvois vers des services d'assistance juridique dans la **Partie D : Évaluation des besoins juridiques de l'enfant et plan d'action**.

D. ÉVALUATION DES BESOINS JURIDIQUES DE L'ENFANT ET PLAN D'ACTION	
L'enfant a-t-il/elle été orienté (e) à des services juridiques ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si OUI À qui l'enfant est-il/elle orienté (e) ?	Si NON, pourquoi ?

LISTE DE VÉRIFICATION POUR L'ÉTAPE 2 : ADMISSION ET ÉVALUATION

- Connaissez-vous l'enfant bénéficiaire, sa situation familiale et ses conditions de vie ?
- Avez-vous compris ce qui s'est passé, et la nature des sévices infligés à l'enfant ?
- Savez-vous qui est l'agresseur, et s'il est en mesure d'approcher l'enfant ?
- Savez-vous si l'enfant a déjà bénéficié des services d'un autre organisme ?
- Avez-vous évalué les besoins de l'enfant dans les quatre catégories principales (la sécurité et le traitement médical étant les deux priorités) ?
- Si le/la bénéficiaire dit avoir des pensées suicidaires, avez-vous effectué une évaluation des risques ?
- Au cours de la session d'admission et d'évaluation, avez-vous pensé à :
 - Respecter les directives relatives à l'entretien décrites dans le chapitre 3 ?
Il convient essentiellement de :
 - o Permettre à l'enfant d'être accompagné(e),
 - o Discuter dans un lieu sûr et privé,
 - o Proposer à l'enfant de s'entretenir avec un homme ou une femme (si cela est possible) ;
 - Recueillir uniquement les détails pertinents de l'incident pour aider l'enfant et sa famille ?
 - Permettre à l'enfant de raconter son expérience à son rythme ? Il ne faut pas contraindre l'enfant à répondre à des questions qui le/la mettent mal à l'aise.
 - Expliquer que les orientations consisteront principalement à identifier les besoins prioritaires de l'enfant/la famille (en termes de sécurité, de santé, de soutien psychosocial et de justice) ?

ÉTAPE 3 : LA DÉFINITION DES OBJECTIFS ET L'ÉLABORATION D'UN PLAN D'ACTION



1. ÉLABORER LE PLAN D'ACTION PERSONNALISÉ

Parallèlement à l'étape d'admission initiale et d'évaluation, les travailleurs sociaux élaborent un plan d'action personnalisé avec l'enfant et les personnes qui s'occupent de l'enfant en fonction des principaux besoins identifiés au cours de l'évaluation. Ce plan d'action doit autant que possible être élaboré avant que l'enfant ne quitte le bureau du travailleur social. Les plans d'action personnalisés sont élaborés en fonction des besoins identifiés, mais aussi des souhaits et besoins des enfants bénéficiaires et/ou des personnes qui s'occupent des enfants ; ils sont axés sur des objectifs clés, souvent liés à la prise en charge médicale, la sécurité etc. Ces objectifs sont subdivisés en tâches spécifiques confiées au travailleur social et à l'enfant/la personne qui s'occupe de l'enfant, à accomplir dans un délai donné. Le plan d'action personnalisé

est également documenté dans le formulaire Évaluation des besoins de l'enfant et élaboration d'un plan d'action.

Le plan d'action personnalisé élaboré pour un(e) enfant bénéficiaire prévoit généralement des renvois vers d'autres prestataires de services, ainsi que la prestation de services directs (par ex. un soutien psychosocial) assurés par le travailleur social. Le processus d'élaboration de ce plan d'action vise principalement à identifier les besoins immédiats de l'enfant depuis l'agression sexuelle dans les quatre catégories principales suivantes (les catégories de besoins prioritaires apparaissent en caractères gras) :

- » **la sécurité et la protection de l'enfant contre de nouveaux abus ;**
- » **la prise en charge et le traitement cliniques ;**
- » le soutien psychosocial⁶⁷ ;
- » l'accès à la justice.

REMARQUE SPÉCIFIQUE

Si d'autres problèmes liés la protection de l'enfant sont relevés au cours de l'évaluation (par exemple, l'enfant assume le rôle de chef de famille, est contraint(e) de travailler ou vit dans la rue), il est nécessaire de prévoir des renvois vers les services de protection de l'enfance locaux pour que ces problèmes graves puissent être traités.



Le formulaire **Évaluation des besoins de l'enfant et élaboration d'un plan d'action guide** le travailleur social dans chacune des quatre catégories principales, systématiquement évaluées après des abus sexuels. Il peut servir de fil directeur tout au long du processus par étapes avec l'enfant/la personne qui s'occupe de l'enfant, visant à élaborer un plan d'action personnalisé⁶⁸ pour l'enfant bénéficiaire. Ce formulaire comporte une section dans laquelle le travailleur social peut inscrire le plan d'action personnalisé, élaboré conjointement avec l'enfant bénéficiaire lors de l'entretien d'évaluation et au cours du processus de planification du plan d'action, dans le but de répondre aux besoins identifiés en termes de santé, de sécurité, de soutien psychosocial et de justice.

⁶⁷ Remarque : Le formulaire Évaluation des besoins de l'enfant et élaboration d'un plan d'action, décrit précédemment, permet uniquement d'évaluer les besoins immédiats des survivants en lien avec les violences subies. Cependant, les enfants peuvent également nécessiter des soins psychosociaux plus spécifiques que ce qui peut être proposé dans le cadre des services de gestion des cas standard. L'évaluation des besoins psychosociaux des enfants et des familles doit exclusivement être effectuée par un prestataire de services possédant les compétences requises pour offrir des services plus avancés dans le cadre de la gestion des cas. Le chapitre 6 explique de façon détaillée le processus d'évaluation des besoins psychosociaux, et présente une série d'interventions psychosociales (indicatives).

⁶⁸ Sachez que les organisations peuvent utiliser différents intitulés pour désigner le plan d'action personnalisé, par exemple « plan du cas », « plan de prise en charge », « contrat d'assistance » ou « plan d'action ». Tous ces termes désignent un seul et même outil.

ÉLABORER UN PLAN D'ACTION POUR ASSURER LA SÉCURITÉ DE L'ENFANT

Grâce à l'évaluation de la situation concernant la sécurité de l'enfant, le travailleur social et l'enfant bénéficiaire/la personne qui s'occupe de l'enfant ont déjà déterminé si l'enfant est ou non en sécurité. S'il a été conclu que l'enfant N'EST PAS EN SÉCURITÉ, le travailleur social doit en priorité élaborer un plan d'action avec l'enfant pour assurer sa sécurité. Ce plan d'action doit être mis en place avant que l'enfant et la personne qui s'occupe de l'enfant ne quittent la réunion, et doit être élaboré en plusieurs étapes :

ÉTAPE 1

En fonction des risques identifiés pour la sécurité de l'enfant et/ou de la personne qui s'occupe de l'enfant, élaborer un plan d'action prévoyant plusieurs renvois vers des organismes offrant des services de protection et de sécurité, ainsi que l'élaboration d'un plan de sécurité individuel. Par exemple, si l'enfant indique qu'il/elle est harcelé(e) par les membres de la famille de l'agresseur sur les trajets de l'école, il est nécessaire de mettre en place des mesures permettant de limiter le risque de harcèlement auquel l'enfant est exposé(e). Les idées peuvent être suggérées par l'enfant, la personne qui s'occupe de l'enfant et le travailleur social. Dans cette situation précise, plusieurs solutions sont envisageables : 1) veiller à ce que l'enfant ne soit plus seul(e) sur les trajets de l'école ; 2) veiller à ce que l'enfant ne se déplace pas seul(e) la nuit ; et 3) exercer l'enfant à réagir lorsqu'il/elle rencontre l'agresseur, ou perçoit un danger immédiat.

ÉTAPE 2

Consigner les renvois vers des organismes offrant des services de sécurité, et discuter et convenir d'un plan de sécurité individuel.

PLAN D'ACTION POUR ASSURER LA SÉCURITÉ DE L'ENFANT	
Plan d'action pour assurer la sécurité de l'enfant Décrivez le plan ici	
L'enfant a-t-il/elle été orienté (e) à des services de sécurité ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si OUI À qui l'enfant est-il/elle orienté(e) ? Qui accompagnera l'enfant ?	Si NON Pourquoi ?

ÉLABORER UN PLAN D'ACTION POUR LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE DE L'ENFANT

S'il a été déterminé que l'enfant doit être adressé(e) à des services de santé (de façon urgente ou non), le travailleur social doit indiquer, dans la section Plan d'action sanitaire : 1) si le renvoi vers des services de santé a ou on été effectué ; 2) si l'enfant a besoin d'être accompagné(e) ; et 3) si tel est le cas, qui accompagnera l'enfant. Si, pour un quelconque motif, l'enfant ou la personne qui s'occupe de l'enfant refuse le renvoi vers des services de santé, pourtant médicalement indiqué, le travailleur social doit contacter son superviseur immédiatement pour déterminer quelques mesures doivent être prises afin de servir au mieux l'intérêt de l'enfant (par ex. lui sauver la vie).

Si l'enfant a déjà reçu des soins médicaux, ou si les soins médicaux ou le traitement ne sont pas nécessaires (s'il n'y a pas eu de contact physique lors de l'agression, par exemple), le travailleur social doit inscrire les raisons pour lesquelles l'enfant n'a pas été adressé(e).

Toutes les personnes ayant subi des violences sexuelles ont le droit de recevoir des soins médicaux. Tous les enfants qui ont été agressés sexuellement, ainsi que les personnes qui s'occupent de ces enfants, doivent recevoir des informations sur les services de santé disponibles, et se voir proposer un choix de services.

PLAN D'ACTION MÉDICAL	
<p>L'enfant a-t-il/elle été orienté(e) à des services de santé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si OUI À qui l'enfant est-il/elle orienté(e) ?</p>	<p>L'ORIENTATION VERS DES SERVICES DE SANTÉ EST NÉCESSAIRE, MAIS N'A PAS ÉTÉ EFFECTUÉE CAR :</p> <p><input type="checkbox"/> Le/la survivant(e) s'y est opposé(e) <input type="checkbox"/> La personne qui s'occupe de l'enfant s'y est opposée</p> <p><input type="checkbox"/> Ce service n'est pas disponible <input type="checkbox"/> Une orientation non urgente a été effectuée</p>
<p>Qui accompagnera l'enfant ?</p>	<p>Expliquez :</p>
<p>Remarque : En cas d'urgence médicale, il est dans l'intérêt de l'enfant de recevoir des soins vitaux. Si l'enfant ou la personne qui s'occupe de l'enfant refuse l'orientation vers des services médicaux, contactez immédiatement un superviseur et/ou orienter l'enfant si son pronostic vital est engagé.</p>	

ÉLABORER UN PLAN D'ACTION PSYCHOSOCIAL

À partir de l'évaluation psychosociale de l'enfant, le travailleur social élabore un plan d'action avec l'enfant et la personne qui s'occupe de l'enfant pour promouvoir la santé et le bien-être psychosociaux de l'enfant. Le Plan d'action psychosocial prévoit des interventions clés, qui peuvent bénéficier à l'ensemble des enfants et personnes qui s'occupent des enfants (non incriminées dans les sévices) après des violences sexuelles. Ces interventions sont les suivantes :

- » **Assurer un soutien émotionnel.** Pour ce faire, le travailleur social doit se comporter comme une personne sympathique, sans préjugés, prêt(e) à discuter avec l'enfant, à son rythme et son niveau. Pour assurer un soutien émotionnel aux enfants, il est important de leur répéter qu'ils ne sont pas responsables de l'agression ; qu'ils sont forts et capables de guérir ; qu'ils ont bien fait de parler ; et qu'on les croit et les soutient.
- » **Fournir des informations élémentaires sur la violence sexuelle.** Cela aide les enfants à comprendre et gérer leurs réactions, et leur permet d'obtenir des informations très spécifiques sur les répercussions des violences sexuelles et les stratégies permettant de gérer ces répercussions. Le chapitre 6 explique comment fournir aux enfants des informations et une éducation sur la violence sexuelle.
- » **Aider l'enfant à faire face à des problèmes spécifiques.** Dans certains contextes, les enfants peuvent ne pas être autorisés à retourner à l'école lorsqu'il est de notoriété publique qu'ils ont subi des violences sexuelles, ou lorsque les filles sont tombées enceintes suite à l'agression. Ils peuvent avoir honte de retourner dans leur lieu de culte ou « d'être vus » dans la communauté en général, ou avoir d'autres problèmes personnels. Pour les enfants, l'une des meilleures façons de se remettre des violences sexuelles consiste à reprendre ses activités quotidiennes, par exemple aller à l'école, aller au marché avec sa mère, ou participer à des rassemblements religieux ou communautaires. Les travailleurs sociaux doivent élaborer des stratégies avec eux pour les aider à renouer avec leurs amis, leur famille et la communauté.
- » **Offrir un suivi psychologique à la personne qui s'occupe de l'enfant et/ou aux autres membres de la famille.** Les enfants sont affectés par la façon dont les personnes qui leur sont les plus proches les traitent après une agression sexuelle. De nombreux parents ont des réactions fortes lorsqu'ils apprennent que leur enfant a été agressé(e) sexuellement. Les parents peuvent également avoir des idées fausses sur la violence sexuelle, qui les incitent à tenir l'enfant pour responsable ou à lui manifester de la colère. Lorsque cela se produit, il peut être nécessaire d'offrir un suivi psychologique à la famille. L'objectif premier de ce suivi doit être de permettre aux personnes qui s'occupent de l'enfant d'exprimer ouvertement (mais pas devant l'enfant) leurs sentiments à propos de l'agression, et la façon dont cet incident les affecte, MAIS AUSSI de les informer, les soutenir et les éduquer pour les aider à prendre soin d'elles et de l'enfant.

PLAN D'ACTION PSYCHOSOCIAL	
<input type="checkbox"/> Assurer un soutien émotionnel. <input type="checkbox"/> Former/conseiller les enfants sur la violence sexuelle afin de les aider à comprendre et gérer leurs réactions. <input type="checkbox"/> Aider l'enfant à résoudre les problèmes identifiés au cours de l'évaluation précédente (retourner à l'école, etc.)	<input type="checkbox"/> Offrir un suivi psychologique à la personne qui s'occupe de l'enfant et/ou aux autres membres de la famille. Expliquez ici pourquoi cela est nécessaire, et comment les mesures seront mises en place :

ÉLABORER UN PLAN D'ACTION POUR RÉPONDRE AUX BESOINS JURIDIQUES DE L'ENFANT

La décision de poursuivre l'agresseur en justice est une décision capitale ; les familles doivent donc posséder toutes les informations nécessaires pour y réfléchir. Les familles se laissent souvent du temps pour prendre leur décision. Lors de l'élaboration du plan d'action personnalisé initial, il est tout à fait acceptable de présenter à l'enfant bénéficiaire et à la personne qui s'occupe de l'enfant tous les recours judiciaires à leur disposition, puis de leur laisser le temps d'en discuter ensemble.

Par conséquent, les travailleurs sociaux doivent connaître les différentes options disponibles pour obtenir justice dans un contexte particulier. S'il existe un centre d'assistance juridique, les enfants et les personnes qui s'occupent des enfants doivent y être adressé(e)s, pour se faire expliquer de façon exhaustive les différentes options dont ils/elles disposent. Dans la **Partie D : Évaluation des besoins juridiques de l'enfant et plan d'action**, les travailleurs sociaux consignent tous les renvois vers des services d'assistance juridique effectués.

D. ÉVALUATION DES BESOINS JURIDIQUES DE L'ENFANT ET PLAN D'ACTION	
L'enfant a-t-il/elle été orienté (e) à des services juridiques ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si OUI À qui l'enfant est-il/elle orienté (e) ?	Si NON, pourquoi ? <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>

2. LES RENVOIS VERS D'AUTRES SERVICES : OBTENIR LE CONSENTEMENT/L'ASSENTIMENT ÉCLAIRÉ ET PRÉPARER L'ENFANT

CONNAÎTRE LES SERVICES OFFERTS DANS LA COMMUNAUTÉ

Dans de nombreuses situations, plusieurs organismes doivent intervenir pour aider les enfants et les familles, en raison de la diversité de leurs besoins. Il est donc indispensable de savoir quels organismes proposent des services adaptés aux enfants, et comment fournir à l'enfant et aux membres de sa famille des informations complètes sur les organismes à qui ils/elles sont adressés (y compris les conséquences positives et potentiellement négatives du renvoi).⁶⁹ Ces informations doivent être communiquées au cours de la discussion engagée avec l'enfant à propos des besoins identifiés et des possibilités d'assistance. **Les options de renvoi doivent être expliquées de façon précise et exhaustive dans le cadre du processus d'obtention du consentement éclairé du/de la bénéficiaire, et de sa préparation pour les étapes ultérieures.**

OBTENIR LE CONSENTEMENT/L'ASSENTIMENT ÉCLAIRÉ POUR ADRESSER L'ENFANT

Les travailleurs sociaux doivent posséder des connaissances approfondies sur les services offerts par les différents organismes pour responsabiliser les enfants et les aider (ainsi que les personnes qui s'occupent d'eux) à prendre des décisions dans leur intérêt. Avant d'orienter les enfants vers d'autres services, les travailleurs sociaux doivent obtenir leur consentement/assentiment éclairé. Les directives à suivre pour obtenir cette permission de façon appropriée sont décrites à l'étape 1 de la gestion de cas. Conformément aux exigences habituelles, les travailleurs doivent fournir les différentes informations de façon objective, sans porter de jugement, et ne jamais « exiger » de l'enfant ou la personne qui s'occupe de l'enfant qu'il/elle fasse quoi que ce soit de particulier. Pour aider les enfants et les personnes qui s'occupent des enfants à prendre une décision concernant les renvois, les travailleurs sociaux doivent :

- » leur fournir des informations complètes sur les options dont ils disposent en matière de prise en charge médicale, d'aide à la sécurité, d'accompagnement et d'assistance juridiques et de services psychosociaux. Pour ce faire, il convient d'expliquer et/ou aborder les éléments suivants :

⁶⁹ Les procédures de renvoi locales appliquées dans votre contexte doivent être documentées dans un mécanisme de référence dédié à la VBG, et comprendre des protocoles relatifs au partage d'informations et au recueil de données entre différents organismes. En l'absence de tels protocoles et procédures, c'est au principal organisme spécialisé dans la VBG d'initier ce processus.

- ce qui se passera suite au renvoi,
 - ce qui arrivera à l'enfant,
 - les bénéfices et les risques associés à une intervention (traitement médical, mesure de sécurité etc.),
 - le droit de l'enfant de refuser tout aspect d'une intervention assurée par le travailleur social et/ou l'organisme à qui l'enfant a été adressé(e) ;
- » déterminer quelles informations seront communiquées sur le cas au cours du processus de référence.

1. EXPLIQUER CE QUI VA SE PASSER/CE QUI SE PASSERA/ LES BÉNÉFICES ET LES RISQUES

Avant tout renvoi, et plus particulièrement les renvois vers des services de santé et de police/de protection, les travailleurs sociaux doivent parfaitement préparer l'enfant en lui fournissant des informations détaillées sur ce à quoi il/elle doit s'attendre et les droits dont il/elle jouit au cours du processus. Pour préparer un enfant à un examen et un traitement médicaux, par exemple, le travailleur social doit :

- » expliquer ce qui sera fait à chacune des étapes de l'examen, pourquoi cet examen est important, les informations que le médecin pourra obtenir grâce à l'examen, et la façon dont cet examen influera sur la prise en charge de l'enfant⁷⁰ ;
- » rassurer l'enfant en lui disant qu'il/elle peut être accompagné(e) d'une personne qui s'occupe de lui/d'elle et/ou d'un travailleur social (si cela est autorisé par l'établissement de santé). Le travailleur social doit ensuite demander à l'enfant par qui il/elle souhaite être accompagné(e), et l'inscrire dans le plan d'action ;
- » expliquer les avantages de la prise en charge médicale, et les risques auxquels s'expose l'enfant s'il/elle ne reçoit pas de soins. Par exemple, si l'enfant, déjà réglée, a été violée au cours des dernières 120 heures, il existe un risque de grossesse. Il est donc important de lui expliquer le bénéfice du traitement médical (la possibilité d'interrompre une grossesse non désirée) et le risque auquel elle s'expose si elle ne reçoit pas ce traitement (une grossesse) ;

Au cours de la discussion sur le consentement éclairé, le travailleur social doit appuyer et orienter le débat pour parvenir à un accord, en cas d'avis divergents, afin de s'assurer que les décisions prises servent bien l'intérêt de l'enfant.

⁷⁰ Remarque : Ces mêmes informations doivent être communiquées à l'enfant lorsqu'il/elle s'entretient avec les professionnels de la santé au cours du processus d'obtention du consentement éclairé spécifique à la prise en charge clinique standard.

- » expliquer ce que fera le travailleur social une fois que l'enfant aura été adressé(e) ;
- » encourager l'enfant à poser des questions sur ce qu'il/elle ne comprend pas, ou sur ce qui l'inquiète pendant l'examen.

2. DÉCIDER, EN CONCERTATION AVEC L'ENFANT, QUELLES INFORMATIONS SERONT COMMUNIQUÉES

Tous les partenaires du réseau de référence doivent discuter de leurs attentes mutuelles concernant le traitement des notes et des informations sur les cas, et parvenir à un accord. Il est important que chacun comprenne clairement le processus, la procédure et le protocole, afin que les services ne soient pas redondants, et que les normes de qualité relatives à la confidentialité, à la sécurité, au partage d'informations et aux principes fondamentaux régissant la prise en charge des enfants survivants puissent être maintenues.

Lorsque des protocoles explicites sont en place, les travailleurs sociaux peuvent discuter avec les enfants et les personnes qui s'occupent des enfants des informations qu'ils souhaitent communiquer aux organismes respectifs. Ces informations varient légèrement d'un contexte et d'un enfant à l'autre. L'essentiel est que cette discussion soit engagée avant le renvoi, dans le cadre de la procédure d'obtention du consentement/de l'assentiment éclairé. Voici quelques exemples de questions qui permettent d'orienter la discussion :

- » Quelles informations, le cas échéant, l'enfant/la personne qui s'occupe de l'enfant souhaite-t-il/elle communiquer à l'organisme auquel l'enfant est adressé(e) ?
- » Comment l'enfant/la personne qui s'occupe de l'enfant souhaite-t-il/elle que ces informations soient communiquées ? Par exemple, l'enfant bénéficiaire souhaite-t-il/elle remettre un document écrit (tel qu'un formulaire de référence), ou préfère-t-il que le travailleur social les accompagne et communique les informations directement lors du rendez-vous ? Souhaitent-ils/elles que les informations sur le cas soit fournies à l'organisme en leur présence [ou au contraire en leur absence] ?
- » Pendant combien de temps les informations pourront-elles être communiquées au prestataire de services ? Si l'enfant bénéficiaire accepte que les informations soient fournies à un autre prestataire de services, il est important de définir la période pendant laquelle ce consentement au partage d'informations reste valide. Par exemple, le « consentement » peut être donné pour un unique renvoi ; auquel cas, aucune autre information concernant l'enfant ou sa situation ne peut être communiquée une fois que ce renvoi a été effectué.

3. PLANIFIER L'ACCOMPAGNEMENT DE L'ENFANT DANS LE CADRE DES RENVOIS

Les enfants ne doivent pas être adressés seuls à d'autres organismes, sauf s'ils sont adolescents, ou s'il y a une bonne raison à cela. En règle générale, les enfants doivent être accompagnés par les personnes qui s'occupent d'eux et, s'il y a lieu, par les travailleurs sociaux. Dans certains contextes, les travailleurs sociaux dédiés à la VBG sont connus dans la communauté. Par conséquent, le simple fait d'accompagner l'enfant vers un établissement de santé ou un poste de police suscite automatiquement de la curiosité et peut entraîner, par inadvertance, une rupture de la confidentialité. Des stratégies permettant de préserver la confidentialité tout au long du processus de référence doivent systématiquement être adoptées, et le choix de la personne adéquate pour accompagner l'enfant est un aspect important.

3. CONSIGNER ET REVOIR LE PLAN D'ACTION PERSONNALISÉ

Une fois que le travailleur social et l'enfant bénéficiaire/la personne qui s'occupe de l'enfant ont passé en revue chacune des catégories de besoins, et élaboré un plan d'action, le travailleur social doit consigner le plan d'action personnalisé sur le formulaire Évaluation des besoins de l'enfant et élaboration d'un plan d'action, puis revoir ce plan une dernière fois avec l'enfant bénéficiaire et/ou la personne qui s'occupe de l'enfant. Cet examen final est aussi l'occasion de s'assurer que tous les formulaires de consentement requis ont été signés pour les organismes cités dans le formulaire Évaluation des besoins de l'enfant et élaboration d'un plan d'action. Une fois que les renvois ont été expliqués, et que le consentement aux renvois a été donné, les travailleurs sociaux passent à l'étape 4 de la gestion des cas : la mise en œuvre du plan.

PROGRAMMER UNE RÉUNION DE SUIVI

Lorsqu'il est possible de programmer une réunion de suivi, le travailleur social doit discuter avec l'enfant et la personne qui s'occupe de l'enfant afin de déterminer afin de prendre les meilleures dispositions. Les questions à poser sont les suivantes :

- » Pouvez-vous vous rendre chez l'enfant/dans la famille ? Remarque : s'il est possible de rendre visite à l'enfant chez lui/elle sans compromettre sa sécurité ni rompre la confidentialité, les travailleurs sociaux sont invités à le faire. Le fait de rencontrer l'enfant dans son environnement aide en effet à mieux le/la comprendre.

5 LA GESTION DES CAS DE VIOLENCE SEXUELLE À L'ÉGARD DES ENFANTS

- » Si vous pouvez vous rendre chez l'enfant/dans la famille, que devez-vous dire lors de votre arrivée ? Comment devez-vous justifier votre visite (le/la bénéficiaire ou la personne qui s'occupe de l'enfant préfère peut-être que vous prétendiez être un assistant d'éducation ou un autre fonctionnaire) ?
- » Avant la visite, devez-vous d'abord contacter la personne qui s'occupe de l'enfant ? Est-il préférable que vous rencontriez l'enfant chez lui/elle ou à l'école ? Ces détails doivent être abordés au cours de la discussion, afin de veiller à ce que la confidentialité soit préservée, et pour que l'enfant/la personne qui s'occupe de l'enfant sache à quoi s'attendre.

Si l'enfant bénéficiaire ne souhaite pas que vous lui rendiez visite chez lui/elle, programmez ensemble une seconde réunion au centre de soutien. Décidez d'un jour et d'une heure spécifiques pour le rendez-vous. Demandez à l'enfant ce qu'il/elle souhaite que vous fassiez s'il/elle n'est pas en mesure de venir à la réunion à l'heure prévue. La date de la réunion de suivi et le plan de suivi doivent être consignés dans la Section E : Examen du plan d'action personnalisé et plan de suivi (voir ci-dessous).

E. EXAMEN DU PLAN D'ACTION PERSONNALISÉ ET PLAN DE SUIVI

L'évaluation et le plan d'action personnalisé ont été mis au point et approuvés par :

- L'enfant bénéficiaire La personne qui s'occupe de l'enfant/autre Le travailleur social
Lien : _____ Code : _____

Tous les formulaires de consentement nécessaires ont-ils été signés ? Oui Non

Si non, expliquez pourquoi :

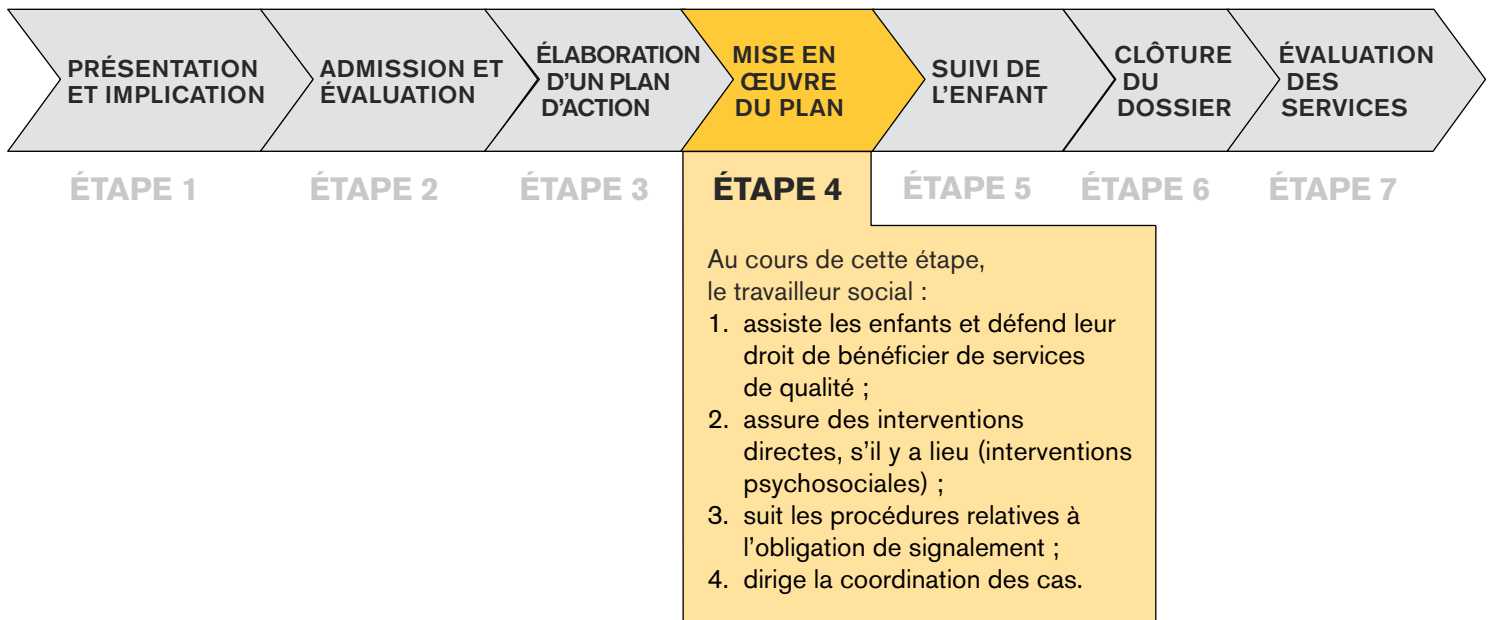
Quand aura lieu la réunion de suivi ? Date :

Lieu :

LISTE DE VÉRIFICATION POUR LE PROCESSUS D'ÉLABORATION DU PLAN D'ACTION PERSONNALISÉ

- Avez-vous évalué les besoins de l'enfant dans les quatre catégories principales (la sécurité et le traitement médical étant les deux priorités) ?
- Avez-vous expliqué les différentes options dont disposent les prestataires de services pour contribuer à répondre aux besoins de l'enfant ?
- Avez-vous pris des dispositions pour garantir la sécurité de l'enfant lors du renvoi (par ex. en désignant la personne qui l'accompagnera) ?
- Avez-vous décidé, avec l'enfant et la personne qui s'occupe de l'enfant, quelles informations seront communiquées aux différents organismes auxquels l'enfant est adressé(e) ?
- Avez-vous obtenu le consentement/l'assentiment éclairé de façon adéquate ?
 - Auprès de la bonne personne (l'enfant et/ou la personne qui s'occupe de l'enfant) ?
 - Après avoir expliqué de façon exhaustive les possibilités d'assistance, ainsi que les risques et bénéfices, ce qui va se dérouler, etc. ?
 - Les formulaires de consentement ont-ils été signés par la personne appropriée ?
- Avez-vous consigné le plan d'action et remis un exemplaire à l'enfant bénéficiaire (si cela est possible et sans danger) ?
- Avez-vous programmé un rendez-vous de suivi ?
- Avez-vous consulté votre superviseur à propos des problèmes de sécurité urgents identifiés lors de l'entretien d'évaluation et du processus d'élaboration du plan d'action personnalisé ?

ÉTAPE 4 : LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN D'ACTION



Une fois l'évaluation initiale effectuée, et le plan d'action élaboré, il est temps de **mettre en œuvre le plan d'action**. Généralement, les enfants et les familles ont besoin d'être aidés pour accéder à d'autres services (par exemple pour bénéficier d'interventions visant à assurer la sécurité de l'enfant, ou recevoir des soins médicaux). Dans de nombreux contextes, les travailleurs sociaux fournissent directement des services psychosociaux et d'autres services similaires, mais orientent également les enfants et familles vers d'autres organismes.

1. ASSISTER LES ENFANTS ET DÉFENDRE LEUR DROIT DE BÉNÉFICIER DE SERVICES DE QUALITÉ

En fonction du plan d'action élaboré avec l'enfant, le travailleur social accomplit les tâches qui lui reviennent pour aider l'enfant et la personne qui s'occupe de l'enfant à obtenir les services nécessaires. Pour atteindre cet objectif, le travailleur social peut procéder de différentes façons, notamment :

- » accompagner les enfants/les personnes qui s'occupent de l'enfant au poste de police, auprès de professionnels de la santé ou auprès d'autres prestataires de services ;

- » défendre la cause de l'enfant. Quelques exemples :
 - demander aux forces de police et au personnel de sécurité de prendre des mesures pour protéger l'enfant,
 - demander des soins et un traitement médicaux compatissants et de qualité,
 - demander à ce que les points de vue et opinions des enfants soient pris en considération pour chaque décision affectant leur vie et leur bien-être ;
- » rencontrer des prestataires de services (par ex. des professionnels de la santé) pour leur expliquer ce qui s'est passé et leur donner des informations sur les sévices, afin que l'enfant ne soit pas contraint(e) de répéter son récit (il doit déjà avoir été décidé, au cours du processus d'élaboration du plan d'action personnalisé, quelles informations seront communiquées par le travailleur social).

2. ASSURER DES INTERVENTIONS (PSYCHOSOCIALES) DIRECTES

Lorsque les organismes de gestion des cas assurent également des interventions psychosociales directes, c'est au cours de cette 4^e étape que les interventions sont mises en œuvre.⁷¹ Celles-ci ne s'apparentent pas aux renvois vers des services assurant un soutien psychosocial, par exemple un centre offrant des services adaptés aux enfants. S'il est vital d'aider l'enfant à réintégrer les activités communautaires et/ou à reprendre ses activités normales, telles qu'aller à l'école, ces mesures s'inscrivent cependant dans le cadre du plan d'action/processus de référence visant à aider l'enfant à bénéficier de services (lorsque l'organisation ne propose pas elle-même ces services). Les interventions psychosociales directes sont des interventions assurées par le travailleur social directement auprès de l'enfant et/ou sa famille. En voici quelques exemples :

- » les sessions individuelles avec l'enfant bénéficiaire, pour lui permettre de comprendre les abus sexuels, et lui fournir des informations/une éducation sur la violence sexuelle et les réactions fréquentes face à cette forme de violence ;

⁷¹ Les organismes de gestion des cas qui n'assurent pas d'interventions psychosociales spécifiques auprès d'enfants ayant subi des violences sexuelles, mais qui souhaitent proposer de telles interventions, peuvent se reporter au chapitre 6.

REMARQUE SUR LES ACTIONS DE PLAID-oyer CONCERNANT LES ENFANTS

Des actions de plaidoyer sont souvent assurées tout au long du processus de gestion du cas d'un enfant. Il peut s'avérer difficile d'assurer des interventions conformes aux meilleures pratiques dans les contextes où la violence sexuelle infligée aux enfants est globalement mal comprise et/ou taboue. Par conséquent, dans les situations de crise humanitaire, les superviseurs de programme peuvent être amenés à appuyer les efforts de plaidoyer auprès des organismes des Nations Unies et/ou de prestataires de services publics afin de veiller à ce que l'élaboration de protocoles concernant les meilleures pratiques soit envisagée et encouragée à tous les niveaux.

- » les réunions familiales, pour discuter de problèmes ou difficultés spécifiques rencontrés dans la famille à cause de l'agression sexuelle (par ex. des parents ayant besoin d'une assistance et d'informations supplémentaires pour aider leur enfant) ;
- » proposer à l'enfant des idées et outils pour atténuer le stress et l'anxiété qu'ils peuvent ressentir depuis l'agression ;
- » toute autre intervention spécifiquement offerte dans le cadre de votre programme.⁷²

3. RESPECTER LES PROCÉDURES RELATIVES À L'OBLIGATION DE SIGNALEMENT

L'une des responsabilités du travailleur social consiste à respecter les procédures relatives à l'obligation de signalement imposées dans un contexte donné. Cette obligation de signalement aux autorités de police ou à d'autres acteurs doit déjà avoir été abordée avec l'enfant et la personne qui s'occupe de l'enfant au cours de l'évaluation initiale et de l'élaboration du plan d'action. En fonction des exigences applicables localement, ce sont les travailleurs sociaux ou les superviseurs qui sont chargés de procéder aux signalements obligatoires. L'enfant et la personne qui s'occupe de l'enfant doivent parfaitement connaître le processus, les procédures et le protocole, tel qu'indiqué au chapitre 4.

4. DIRIGER LA COORDINATION DES CAS ET LES RÉUNIONS D'ÉTUDE DE CAS

C'est au travailleur social que revient la responsabilité de diriger la coordination des cas et les réunions d'étude de cas au nom de l'enfant bénéficiaire.

La coordination des cas consiste à gérer de façon régulière la communication, le partage d'informations et la collaboration entre les différentes personnes impliquées dans la prise en charge de l'enfant bénéficiaire, au sein des organismes présents dans la communauté, mais également entre ces différents organismes. Voici quelques exemples d'activité de coordination : organiser directement l'accès aux services ; lever les obstacles à l'obtention de services ; créer des liens ; ou toute autre activité mentionnée dans les notes d'avancement. La coordination des cas est l'une des principales missions du travailleur social pour aider l'enfant à bénéficier des services nécessaires et appropriés, tel qu'expliqué précédemment.

⁷² Les interventions énumérées ici sont abordées plus en détail au chapitre 6.

Les réunions d'étude de cas diffèrent des activités de coordination courantes. La réunion d'étude de cas est un événement plus officiel, programmé et structuré, sans lien avec les entretiens réguliers entre le travailleur social et l'enfant. En règle générale, ces réunions sont interdisciplinaires ; elles rassemblent un ou plusieurs prestataires internes et externes et, si cela est possible et approprié, l'enfant bénéficiaire et les membres de sa famille, ainsi que toutes les autres personnes proches de l'enfant qui lui offrent leur soutien.

Parfois, les réunions d'étude de cas sont programmées lorsque les besoins de l'enfant ne sont pas satisfaits dans les délais prévus, ou de façon appropriée. Elles ont pour objet de réunir les prestataires de service concernés (ainsi que les personnes qui soutiennent l'enfant, s'il y a lieu) afin de détecter ou clarifier les problèmes concernant le statut de bénéficiaire de l'enfant. La réunion d'étude de cas est l'occasion de : 1) évaluer les activités initiées, y compris les progrès accomplis vers la réalisation des objectifs et les obstacles rencontrés ; 2) définir de façon schématique les rôles et responsabilités ; 3) résoudre les conflits ou mettre au point des solutions ; et 4) ajuster les plans de services existants.

Elle peut s'avérer particulièrement efficace pour fournir à l'enfant bénéficiaire des services plus globaux, intégrés et coordonnés entre les différents prestataires ; elle permet par ailleurs d'éviter toute duplication des efforts.

LISTE DE VÉRIFICATION POUR LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN D'ACTION

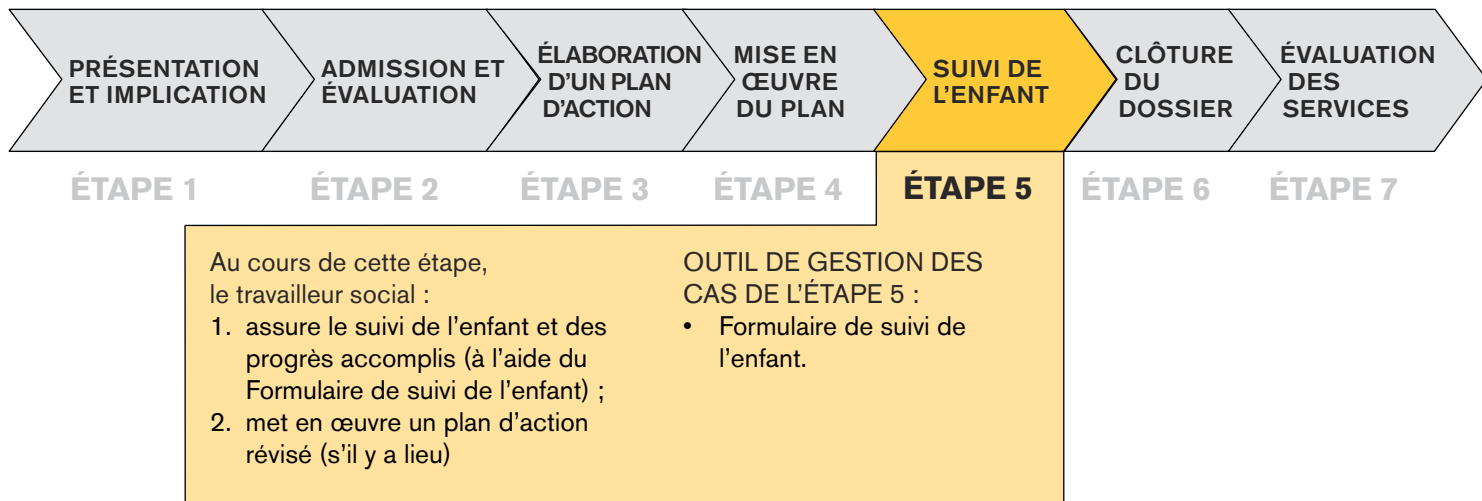
- Avez-vous pris les mesures dont vous êtes responsable en tant que travailleur social ?
Vous êtes notamment chargé(e) de diriger de la coordination des services de référence en :
 - organisant directement les services/rendez-vous,
 - accompagnant l'enfant dans les différents organismes prestataires de services,
 - en défendant la cause de l'enfant bénéficiaire.

- Avez-vous procédé aux signalements obligatoires dont vous êtes responsable ?

- Avez-vous fourni à l'enfant les services de soutien psychosocial supplémentaires que propose votre organisme ? Par exemple :
 - accompagnement familial,
 - soutien et suivi individuels de l'enfant,
 - initiation à la relaxation,
 - autres activités pour les enfants.

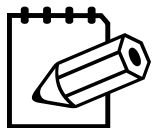
- Avez-vous organisé des réunions d'étude de cas avec d'autres prestataires de services, si cela était nécessaire ?

ÉTAPE 5 : SUIVI DE L'ENFANT ET DES PROGRÈS ACCOMPLIS



1. LE SUIVI DE L'ENFANT ET DES PROGRÈS ACCOMPLIS

Le travailleur social doit d'ores et déjà avoir déterminé, avec l'enfant et la personne qui s'occupe de l'enfant, quand et comment assurer le suivi du cas, au cours de l'évaluation initiale et du processus d'élaboration du plan d'action personnalisé. Les réunions de suivi doivent être organisées dans un lieu où l'enfant se sent à l'aise, et où la confidentialité peut être préservée. Elles doivent être programmées à une date, à une heure et dans un lieu spécifiques, en fonction des besoins individuels. L'objectif principal de la visite de suivi est de s'assurer que l'enfant a bien reçu les services nécessaires, et d'évaluer les éventuelles améliorations de sa situation. Par ailleurs, ces visites permettent à l'enfant bénéficiaire et au travailleur social de faire le point sur les mesures prises depuis la première réunion, et de discuter des besoins à long terme de l'enfant, entre autres aspects. Enfin, elles sont l'occasion, pour le travailleur social, de réévaluer la situation de l'enfant concernant sa sécurité. Le travailleur social peut également révoquer la possibilité de recourir à la justice, s'il y a lieu.



LE FORMULAIRE DE SUIVI DE L'ENFANT

Le formulaire de suivi de l'enfant est un outil destiné aux travailleurs sociaux qui fournissent des services de gestion des cas aux enfants ayant subi des violences sexuelles. Il repose sur le formulaire Évaluation des besoins de l'enfant et élaboration d'un plan d'action, décrit aux étapes 2 et 3.

1RE PARTIE : INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

Dans cette section du Formulaire de suivi de l'enfant, le travailleur social inscrit les codes du/de la bénéficiaire et du travailleur social, attribués lors de la visite initiale. En dessous de ces codes doivent figurer la date, l'heure et le lieu de la visite (au domicile, au centre d'aide psychosociale etc.). Ces informations permettent au travailleur social et au superviseur de la gestion des cas de vérifier que les visites sont effectuées en temps utile, et de consigner le lieu des visites, etc.

1^{re} PARTIE : Informations administratives

Code survivant :	Référence de l'incident :	Code travailleur social :
Date :	Heure :	Lieu :

2E PARTIE : PROGRÈS ACCOMPLIS VERS LA RÉALISATION DES OBJECTIFS

Dans la seconde partie du Formulaire de suivi de l'enfant, le travailleur social détaille les progrès accomplis vers la réalisation des objectifs énoncés lors de l'élaboration du plan d'action personnalisé initial, en termes de sécurité, de santé, de soutien psychosocial et de justice. Par exemple, si l'enfant avait besoin de soins médicaux et prévoyait de se rendre à l'hôpital avec sa mère, le travailleur social doit déterminer, au cours de la visite de suivi, s'il/elle a bien reçu ces soins médicaux, et auquel cas, préciser la nature de ces soins. Pour chaque objectif atteint, le travailleur social coche la case « ATTEINT » et explique de quelle façon il a été atteint. Lorsque l'objectif n'a pas été atteint, il coche la case « NON ATTEINT » et indique les raisons. L'évaluation des progrès accomplis vers la réalisation des objectifs initiaux permet au travailleur social et à l'enfant de décider de la suite à donner.

2^e PARTIE : Progrès accomplis vers la réalisation des objectifs			
Évaluez les progrès accomplis vers la réalisation des OBJECTIFS définis dans le formulaire Évaluation des besoins de l'enfant et élaboration d'un plan d'action	Non atteints	Atteints	Expliquez
Sécurité			
Santé			
Soutien psychosocial			
Accès à la justice			
Autres (décrivez ici les autres objectifs définis)			

3E PARTIE : RÉÉVALUER LA SÉCURITÉ

L'évaluation de la sécurité physique et émotionnelle de l'enfant est effectuée à chacune des visites au cours de la gestion des cas. Les risques auxquels sont exposés les enfants augmentent souvent une fois que les abus sexuels ont été révélés ; par conséquent, il est important de les interroger de façon régulière sur leur sentiment de sécurité. Souvent, les questions relatives à la sécurité doivent leur être posées dans un lieu privé, afin qu'ils puissent parler librement des membres de leur famille, ou d'autres sujets sensibles. Au cours des visites de suivi, les travailleurs sociaux doivent poser des questions spécifiques, telles que :

- » Te sens-tu [toujours] en sécurité chez toi ? Qui t'aide à te sentir en sécurité ? Te sens-tu en sécurité la nuit ? Y a-t-il chez toi une personne qui te fait peur ? Ton sentiment de sécurité a-t-il changé depuis la dernière fois que l'on s'est vu(e)s ?
- » Te sens-tu en sécurité dans la communauté ? À l'école ? Vas-tu seul(e) à l'école ? Te promènes-tu dans la communauté lorsqu'il fait noir ? Tes amis ou tes voisins jouent-ils avec toi ?

5 LA GESTION DES CAS DE VIOLENCE SEXUELLE À L'ÉGARD DES ENFANTS

Grâce à ces questions, les travailleurs sociaux sont en mesure d'évaluer le degré de sécurité émotionnelle et physique de l'enfant. Parfois, il est nécessaire de faire intervenir des adultes pour aider les enfants à identifier les situations à risque, par exemple rentrer seul(e) de l'école. Tout doit être fait pour déterminer si les problèmes de sécurité initiaux ont été résolus (Cette question a déjà été abordée dans la 2e partie : Progrès accomplis vers la réalisation des objectifs du Formulaire de suivi de l'enfant.)

En fonction des conclusions de la nouvelle évaluation de la sécurité, des renvois de suivi vers des services de sécurité ou une mise à jour du plan élaboré pour assurer la sécurité de l'enfant peuvent s'avérer nécessaires. Le travailleur social peut aussi être amené(e) à intervenir auprès de la police locale au nom de l'enfant et la famille afin d'appuyer la demande de protection de l'enfant.

3^e PARTIE : Réévaluer la sécurité	N	O	Expliquez	Mesures supplémentaires prévues
L'enfant est-il/elle exposé(e) à de nouveaux risques ou à des risques récurrents dans son foyer ?				
L'enfant est-il/elle confronté(e) à de nouveaux problèmes de sécurité dans la communauté ?				
Y-a-t-il d'autres problèmes de sécurité ?				

4E PARTIE : ÉVALUATION FINALE

Lors de l'étape finale de la visite de suivi, le travailleur social et l'enfant bénéficiaire revoient ensemble les informations recueillies au cours de la visite afin de déterminer quelles sont les priorités pour la suite. À partir de ces informations, le travailleur social complète ensuite les six sections du tableau ci-dessous (de a à f) pour déterminer si la situation est stable ou non. C'est dans ce tableau que le travailleur social inscrit les nouveaux objectifs et les nouvelles mesures requises pour aider l'enfant bénéficiaire.

4^e PARTIE : Évaluation finale	N	O	Mesures supplémentaires prévues
a. La situation de l'enfant est stable sur le plan de la sécurité L'enfant est physiquement en sécurité, et/ou a un plan pour assurer sa sécurité physique			
a. L'état de santé de l'enfant est stable L'enfant n'a pas de problèmes médicaux nécessitant un traitement			
c. Le bien-être psychosocial de l'enfant s'est amélioré L'enfant a un comportement normal, parvient à sourire et à se sentir heureux(se), a une personne fiable à qui s'adresser			
d. La situation familiale est stable L'enfant est heureux(se) et se sent bien dans son foyer, les personnes qui s'occupent de lui/d'elle ne le/la blâment pas			
e. L'accès à la justice est assuré (le cas échéant)			
f. D'autres mesures sont nécessaires			

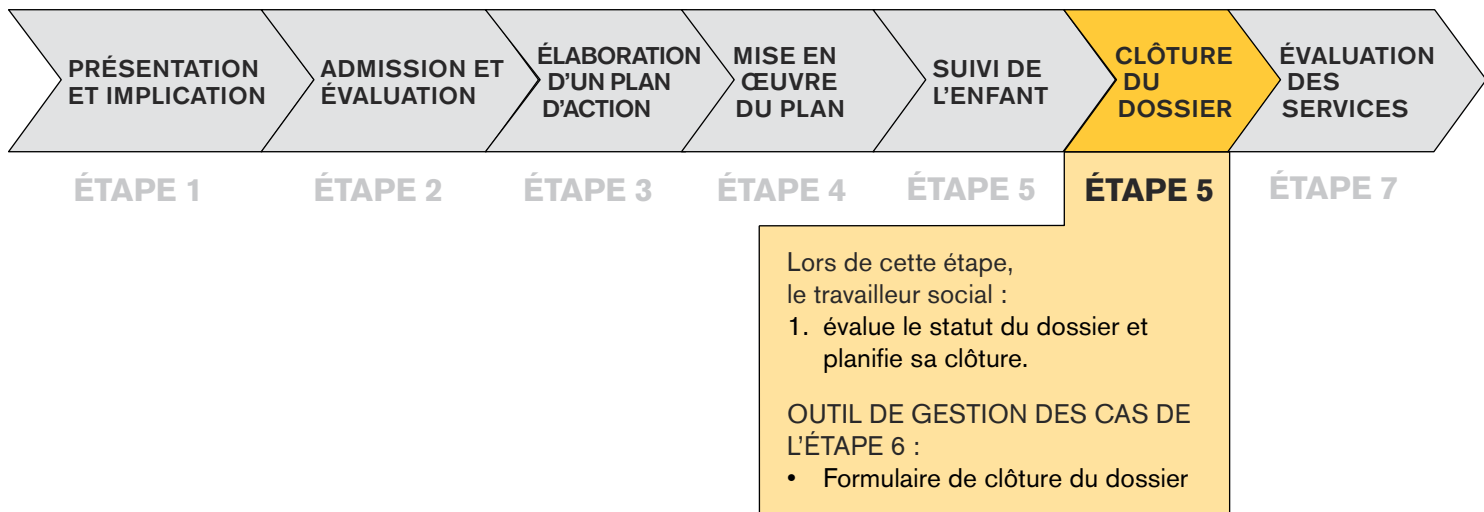
2. LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN D'ACTION PERSONNALISÉ RÉVISÉ

Au terme de la réunion de suivi et de l'évaluation finale, le travailleur social, ainsi que l'enfant et la personne qui s'occupe de l'enfant, prennent de nouvelles mesures pour mettre en œuvre le plan d'action révisé. Une autre visite de suivi est ensuite programmée. Ces deux étapes (le suivi et l'élaboration du plan d'action) sont répétées jusqu'à ce que tous les besoins de l'enfant aient été satisfaits, et que l'intervention du travailleur social ne soit plus nécessaire. Si de nouveaux renvois sont nécessaires, les procédures relatives à l'obtention du consentement/de l'assentiment éclairé doivent de nouveau être appliquées.

LISTE DE VÉRIFICATION POUR L'ÉTAPE DE SUIVI DE L'ENFANT

- Avez-vous rencontré l'enfant bénéficiaire à l'heure et au lieu demandés ?
- Avez-vous revu les objectifs et le plan d'action personnalisé initiaux pour évaluer la situation concernant :
 - la sécurité et la protection ?
 - l'accès aux services de santé nécessaires ?
 - les soins psychosociaux fournis ?
 - la décision sur le recours à la justice/les progrès accomplis à ce sujet ?
- Avez-vous réévalué la situation de l'enfant en termes de sécurité pour déterminer s'il/elle est exposé(e) à de nouveaux risques depuis la première réunion ?
- Avez-vous évalué le statut final des besoins de l'enfant à ce stade précis ?
- Avez-vous élaboré un plan d'action révisé, si cela était nécessaire ?
- Avez-vous suivi les procédures relatives à l'obtention du consentement éclairé, si cela était nécessaire (pour les nouveaux prestataires de services/organismes de référence impliqués dans la prise en charge de l'enfant et le plan d'action thérapeutique) ?
- Avez-vous pris un nouveau rendez-vous de suivi avec l'enfant/la personne qui s'occupe de l'enfant ?

ÉTAPE 6 : LA CLÔTURE DU DOSSIER



1. ÉVALUER LE STATUT DU DOSSIER ET PLANIFIER SA CLÔTURE

Il est important, pour les travailleurs sociaux, de savoir déterminer quand leur travail auprès des enfants et des familles confrontés à la violence sexuelle est terminé. Cela n'est cependant pas toujours facile. Si le processus de gestion des cas peut sembler linéaire, les prestataires de services doivent prendre conscience que les vies des enfants sont rarement aussi simples, et le plus souvent caractérisées par une association complexe de problèmes et besoins juridiques, médicaux, sociaux et psychosociaux. Les travailleurs sociaux doivent être préparés à réexaminer le processus à plusieurs reprises tout au long de la prise en charge des enfants survivants. Lorsque les cas sont particulièrement complexes, et notamment lorsque les enfants sont exposés à des risques extrêmement importants, les cas restent généralement ouverts pendant une longue période de temps. Cette question doit être abordée et planifiée avec le superviseur de la gestion des cas, pour éviter que les services soient compromis par la nécessité, au sein de l'organisation, de clôturer le cas avant que tous les problèmes aient été résolus.

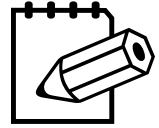
5 LA GESTION DES CAS DE VIOLENCE SEXUELLE À L'ÉGARD DES ENFANTS

Dans les contextes où ils ne peuvent rencontrer l'enfant bénéficiaire qu'une seule fois, les travailleurs sociaux doivent donner priorité à l'évaluation et à l'élaboration du plan d'action, et fournir le plus d'informations possible aux enfants. Ces informations doivent être rigoureusement consignées dans le dossier. Le dossier doit rester ouvert pendant 30 jours, puis être clôturé si le travailleur social n'a eu aucun contact avec l'enfant bénéficiaire au cours de cette période.

Dans les contextes où il est possible d'assurer un suivi, les dossiers ne doivent être clôturés que lorsque la dernière visite de suivi a été jugée satisfaisante. Pour cela, il faut généralement que les besoins de l'enfant et la famille aient été satisfaits, et/ou que les mécanismes de soutien de l'enfant (habituels ou nouveaux) soient efficaces. Il est important de s'assurer que le processus de clôture est centré sur l'enfant, et que celui-ci/celle-ci est prêt(e) à clôturer son dossier. Une fois le dossier clôturé, le travailleur social doit donner à l'enfant (et à la personne qui s'occupe de l'enfant, s'il y a lieu) l'assurance qu'ils pourront contacter le travailleur social dans le futur si nécessaire. Les prestataires de services doivent veiller à « quitter » les enfants de façon opportune et appropriée, tout en leur laissant la possibilité de les contacter dans le futur, si ces derniers le souhaitent ou si les circonstances évoluent. Les travailleurs sociaux doivent consigner la date de la clôture du dossier, ainsi que les motifs spécifiques. Les dossiers sont généralement clôturés lorsque :

- » le plan d'action personnalisé a été appliqué de façon satisfaisante, et le suivi est terminé ;
- » il n'y a eu aucun contact avec le/la bénéficiaire pendant une période spécifique (par ex. plus de 30 jours) ;
- » l'enfant bénéficiaire et le travailleur social estiment tous deux que le soutien n'est plus nécessaire.

OUTIL : FORMULAIRE DE CLÔTURE DU DOSSIER



Vous trouverez page suivante un modèle de formulaire de clôture des dossiers, qui peut être adapté aux différents contextes.

LISTE DE VÉRIFICATION POUR L'ÉTAPE DE CLÔTURE DU DOSSIER

Le travailleur social peut inscrire dans le dossier les principaux motifs pour lesquels la clôture a été effectuée, puis suivre la liste de vérification correspondante afin de passer en revue les principaux critères à satisfaire pour pouvoir procéder à la clôture du dossier. Ces critères sont les suivants :

- les besoins de l'enfant ont été satisfaits ;
- le plan visant à assurer la sécurité de l'enfant a été examiné et mis en place ;
- l'enfant (et la personne qui s'occupe de l'enfant) a été informé(e) qu'il/elle peut réinitier les services à tout moment ;
- le superviseur des cas a examiné le plan de clôture/de sortie.

À NOTER

Les enfants peuvent être de nouveau confrontés à la violence et aux abus (sexuels ou autres) dans le futur. Par conséquent, il convient d'expliquer aux enfants, ainsi qu'aux personnes en qui ils ont confiance, qu'ils pourront de nouveau bénéficier des services dans le futur, et que l'organisme reste à leur disposition pour les aider à tout moment.



MODÈLE DE FORMULAIRE DE CLÔTURE DU DOSSIER

Formulaire de clôture du dossier

Code survivant	Référence de l'incident	Code travailleur social	Date d'ouverture du dossier	Date de clôture du dossier
----------------	-------------------------	-------------------------	-----------------------------	----------------------------

CLÔTURE DU DOSSIER

Décrivez de façon synthétique les raisons pour lesquelles le dossier est clôturé. Commentez les progrès accomplis vers la réalisation des objectifs définis dans le plan de services. Si nécessaire, décrivez les dispositions prises pour assurer la poursuite des services, en précisant les organismes et les personnes à contacter.

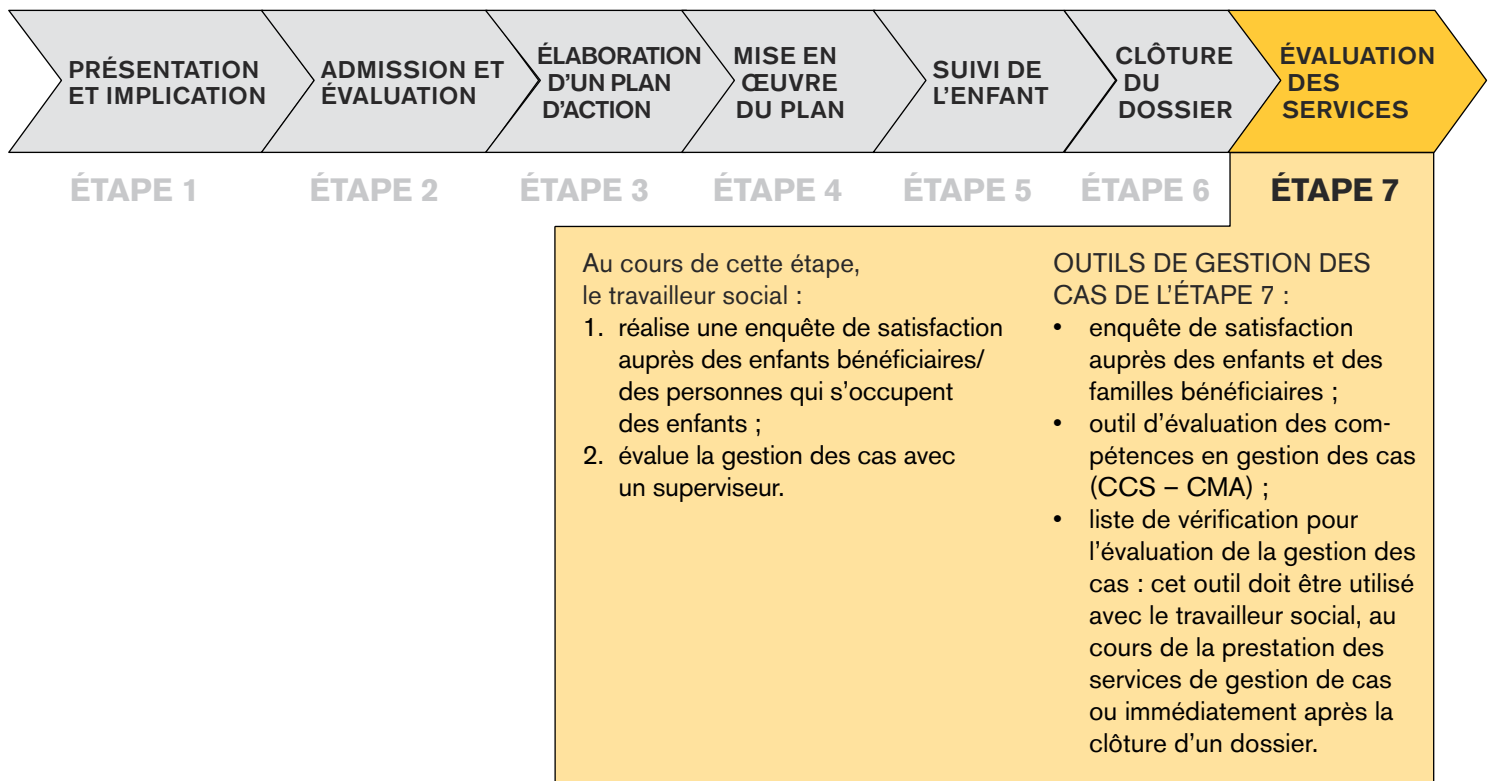
LISTE DE VÉRIFICATION POUR LA CLÔTURE D'UN DOSSIER

- ✓ Le plan visant à assurer la sécurité de l'enfant a été examiné et mis en place. Oui _____ Non _____ (préciser)
- ✓ L'enfant/la personne qui s'occupe de l'enfant ont été informé(e)s qu'ils/elles peuvent revenir vers les services à tout moment. Oui _____ Non _____ (préciser)
- ✓ Le superviseur du dossier a examiné le plan de clôture/de sortie. Oui _____ Non _____ (préciser)

Notes d'explication :

Date de la clôture du dossier _____ Code travailleur social _____

ÉTAPE 7 : L'ÉVALUATION DES SERVICES



L'étape finale du processus de gestion des cas consiste à évaluer les services fournis. Souvent, les travailleurs sociaux passent rapidement d'un(e) bénéficiaire à l'autre, en particulier dans les situations de crise humanitaire. L'évaluation, effectuée par les bénéficiaires, permet aux travailleurs sociaux et aux organismes dont ils dépendent d'obtenir un retour sur les services fournis aux enfants. Les travailleurs sociaux peuvent également contribuer à l'évaluation, en procédant à l'examen final du cas, et en passant en revue la liste de vérification avec leur superviseur. Les responsables de programme doivent discuter des différentes méthodes envisageables pour évaluer les services de gestion des cas, puis retenir la méthode la plus appropriée. Les méthodes employées dépendent de la nature du contexte (situation d'urgence, camp de réfugiés, situation de sortie de conflit etc.)

1. RÉALISER UNE ENQUÊTE DE SATISFACTION AUPRÈS DES BÉNÉFICIAIRES

L'enquête de satisfaction auprès des bénéficiaires est l'un des moyens dont disposent les organismes pour obtenir le retour des enfants et des familles auxquels ils viennent en aide. Ce questionnaire sert deux objectifs : améliorer les services fournis, et mieux répondre aux besoins des bénéficiaires. Il ne vise pas à évaluer les employés de façon individuelle, et ne doit pas être utilisé comme un outil d'évaluation des performances. La plupart du temps, le questionnaire de satisfaction est rempli au cours d'un entretien avec l'enfant bénéficiaire et la personne qui s'occupe de l'enfant, s'il y a lieu. Plusieurs principes doivent être respectés pour faire directement participer les enfants à une enquête de satisfaction et les questionner :

- » si l'enfant est âgé(e) de 9 ans ou moins, et si la personne qui s'occupe de l'enfant a été impliquée de façon active et positive dans la prise en charge et le traitement, seule la personne qui s'occupe de l'enfant doit être interrogée ;
- » si l'enfant est âgé(e) de 10 à 12 ans, et si la personne qui s'occupe de l'enfant a été impliquée de façon active et positive dans la prise en charge et le traitement, cette dernière doit être interrogée directement. Néanmoins, les enfants de cette tranche d'âge doivent également pouvoir donner leur avis sur les soins qu'ils ont reçus et, s'il y a lieu, participer à l'entretien ou être interrogés séparément. Cette décision doit être prise au cas par cas ;
- » si l'enfant est âgé(e) de 14 ans ou plus (14-18 ans), il/elle peut être interrogé(e) directement sur son niveau de satisfaction par rapport aux services reçus. Il peut également s'avérer utile, s'il y a lieu, de s'entretenir séparément avec la personne qui s'occupe de l'enfant, si celle-ci a été impliquée de façon active et positive dans la prise en charge et le traitement de l'enfant. En règle générale, les travailleurs sociaux doivent obtenir la permission des adolescents pour interroger directement les personnes qui s'occupent d'eux.

OBTEINIR LA PERMISSION (LE CONSENTEMENT/L'ASSENTIMENT ÉCLAIRÉ)

Comme pour tout service, les travailleurs sociaux sont tenus d'obtenir la permission de l'enfant et/ou la personne qui s'occupe de l'enfant pour effectuer l'enquête de satisfaction. Pour ce faire, il convient d'appliquer les directives standard relatives à l'obtention du consentement/de l'assentiment éclairé de l'enfant bénéficiaire/la personne qui s'occupe de l'enfant, décrites au début de ce chapitre. Les travailleurs sociaux doivent indiquer aux bénéficiaires que le questionnaire ne comporte aucune question sur leur cas précis, qu'il vise uniquement à obtenir des informations sur les services reçus, et que toutes les réponses resteront confidentielles. Si l'enfant est capable de lire et écrire, et souhaite remplir le formulaire seul(e), cela est également acceptable.

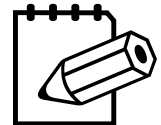
QUAND EFFECTUER L'ENQUÊTE DE SATISFACTION

Généralement, les bénéficiaires fournissent un retour rapidement après la clôture du cas. Conformément aux exigences habituelles, les besoins de l'enfant bénéficiaire doivent être la première des préoccupations ; la décision de remettre un formulaire à l'enfant bénéficiaire doit donc être prise au cas par cas. Si le travailleur social craint que cette enquête de satisfaction porte préjudice à l'enfant, ou influe sur son traitement, le questionnaire ne doit pas être remis à l'enfant. Chacune de nos actions doit reposer sur le principe fondamental suivant : ne pas aggraver le préjudice subi par l'enfant bénéficiaire.

QUI RÉALISE L'ENQUÊTE DE SATISFACTION ?

Idéalement, l'enquête de satisfaction doit être effectuée par une personne autre que le travailleur social qui a fourni des services directs à l'enfant/la personne qui s'occupe de l'enfant. Cela permet, dans une certaine mesure, de garantir l'analyse objective des réponses, mais aussi d'offrir de meilleures conditions à l'enfant/la personne qui s'occupe de l'enfant pour exprimer ouvertement ce qu'ils/elles pensent des services reçus. Les prestataires de services doivent adopter des protocoles spécifiques concernant les enquêtes de satisfaction auprès des bénéficiaires. Par exemple, tous les enfants doivent-ils être sollicités, ou un certain pourcentage seulement ? Ces décisions appartiennent aux organismes qui fournissent les services.

MODÈLE D'ENQUÊTE DE SATISFACTION AUPRÈS DES ENFANTS ET DES FAMILLES



Un modèle d'enquête de satisfaction auprès des enfants et des familles est présenté page 198.

2. LA SUPERVISION ET L'ÉVALUATION DES COMPÉTENCES ET PRATIQUES DES TRAVAILLEURS SOCIAUX

La gestion des cas est un travail complexe et difficile, qui requiert d'évaluer et de contrôler en continu les compétences et pratiques mises en œuvre. Les travailleurs sociaux doivent démontrer leurs compétences dans différents domaines, et doivent notamment avoir les connaissances, les attitudes et les aptitudes décrites dans les chapitres 1 à 3 :

- » ils doivent posséder des connaissances fondamentales sur les violences sexuelles infligées aux enfants (évaluées à l'aide du test CCS - KA) ;
- » ils doivent avoir des attitudes et croyances favorables à l'enfant (évaluées à l'aide de l'échelle d'attitudes CCS - CA) ;
- » ils doivent maîtriser des techniques de communication et d'implication adaptées aux enfants (évaluées à l'aide du test CCS-CA).

Outre les compétences énumérées ci-dessus, les travailleurs sociaux doivent également être en mesure de mettre en œuvre des pratiques de gestion des cas centrées sur l'enfant, tel que décrit dans les présentes directives. Les superviseurs doivent donc évaluer les compétences et connaissances liées aux pratiques de gestion des cas, à l'aide des méthodes suivantes :

1. en réalisant un test d'évaluation des compétences de chaque employé, à l'aide de l'outil d'évaluation des compétences en gestion des cas (CCS-CMA) ;
2. en formulant des commentaires sur les pratiques mises en œuvre par le travailleur social au cours d'une session de supervision des cas individuelle, à l'aide de la liste de vérification pour la gestion des cas CCS.

La version intégrale de cet outil est fournie en fin de chapitre

Outil de supervision
Évaluation de la gestion des cas impliquant des enfants
(CCS-CMA)

Date :
 Nom de l'employé(e) :
 Superviseur :

Instructions pour procéder à l'évaluation

OBJET
 Cet outil d'évaluation définit le niveau minimal de compétences en gestion des cas que doivent posséder les professionnels de la santé et les travailleurs sociaux qui interviennent directement auprès d'enfants ayant subi des violences sexuelles. Pour fournir des soins de qualité, les prestataires de services doivent être en mesure de fournir des services de gestion des cas centrés sur l'enfant. Cet outil de supervision du personnel destiné aux responsables/superviseurs doit être utilisé de façon régulière pour évaluer le personnel fournissant directement des soins aux enfants et aux familles.

INTRODUCTIONS

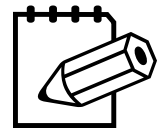
- (1) Cet outil de supervision doit être utilisé au cours d'un entretien verbal entre l'employé(e) et son superviseur, dans un lieu calme et confidentiel.
- (2) Le superviseur doit informer l'employé(e) que cette évaluation est effectuée pour identifier les domaines dans lesquels ses compétences doivent être renforcées. Il ne s'agit pas d'un outil d'évaluation des performances. Le superviseur doit également indiquer à l'employé(e) qu'il/elle obtiendra un score, qui permettra de déterminer si l'employé(e) possède les compétences globales requises.
- (3) Le superviseur demande à l'employé(e) d'expliquer/décrire les concepts ci-dessous, puis attribue l'un des scores suivants à chaque question :
 - **Niveau atteint** : l'employé(e) est en mesure de répondre à la question correctement, et de façon exhaustive.
 - **Niveau partiellement atteint** : l'employé(e) est en mesure de fournir au minimum 50 % de la réponse. Par exemple, si la question est « Citez les principes directeurs à respecter pour travailler auprès d'enfants survivants », et que la personne n'en cite que 4, elle obtient le score « Niveau partiellement atteint ».
 - **Niveau non atteint** : l'employé(e) n'est pas en mesure de répondre à la question.
- (4) Une fois l'évaluation achevée, le superviseur calcule le score final de l'évaluation, puis discute de ce score, de sa signification et d'un éventuel plan de renforcement des capacités avec l'employé(e).

Effectuer l'évaluation

Les travailleurs sociaux qui fournissent des services de gestion des cas et/ou des services psychosociaux ont déjà atteint ces compétences	Oui	Non	Non évalué
Ils possèdent des connaissances approfondies sur les violences sexuelles infligées aux enfants (évaluées à l'aide du test CCS - KA)			
Ils ont des attitudes et croyances favorables aux enfants (évaluées à l'aide de l'échelle d'attitudes CCS)			
Ils ont des attitudes et croyances favorables aux enfants (évaluées à l'aide du test CCS - CA)			

La section ci-dessous explique comment utiliser les deux outils permettant d'évaluer les compétences du personnel : le test d'évaluation des compétences en gestion des cas CCS, et la liste de vérification pour la gestion des cas CCS. Ces outils ciblent spécifiquement les principes et approches de gestion des cas impliquant des enfants décrits aux chapitres 4 et 5.

OUTIL DE SUPERVISION : TEST D'ÉVALUATION DES COMPÉTENCES EN GESTION DES CAS CCS (CCS-CMA)



Le test d'évaluation des compétences en gestion des cas (CCS-CMA) peut être utilisé par les superviseurs pour évaluer les connaissances et compétences individuelles de chaque employé en matière de gestion des cas centrée sur l'enfant. Cet outil de supervision est facile à mettre en œuvre. Il doit être utilisé pour évaluer le personnel chargé de fournir des services de gestion des cas aux enfants ayant subi des violences sexuelles, si possible au terme d'une formation officielle sur la gestion des cas impliquant des enfants.

COMMENT UTILISER L'OUTIL CCS-CMA

ÉTAPE 1

Planifier un entretien d'évaluation entre le superviseur et l'employé évalué. Cet entretien doit se dérouler dans un lieu calme et privé.

ÉTAPE 2

Informez la personne évaluée que :

- » l'entretien d'évaluation vise à identifier les domaines dans lesquels une formation supplémentaire sur la gestion des cas de violences sexuelles infligées aux enfants serait bénéfique, et à évaluer les compétences spécifiquement liées à la prestation de services de gestion des cas aux enfants et familles confrontés à la violence sexuelle ;
- » elle ne sera pas licenciée si elle ne réussit pas totalement l'évaluation des compétences. Elle devra toutefois parfaire ses compétences au fil du temps pour éviter toute conséquence ;
- » **REMARQUE** : les superviseurs doivent mener ces entretiens d'évaluation dans une ambiance amicale, détendue et positive. Cela ne signifie pas que l'évaluation n'est pas prise au sérieux ; une approche chaleureuse et positive peut contribuer à apaiser la peur et la nervosité que ressentent les employés.

ÉTAPE 3

Effectuer l'évaluation CCS-CMA

- » L'outil CCS-CMA comporte 10 questions sur les principaux domaines de compétence en gestion des cas décrits dans les présentes directives. Le superviseur demande oralement à l'employé de détailler les points spécifiques soulevés. Il peut également, au cours de l'évaluation, demander à l'employé de fournir ses réponses dans le cadre d'un jeu de rôle, pour pouvoir observer plus facilement ses compétences.
- » Le superviseur évalue l'exactitude de la réponse à l'aide du corrigé CCS-CMA. Les réponses sont notées sur l'échelle suivante :
 - **NIVEAU ATTEINT** : l'employé fournit des réponses correctes et complètes.
 - **NIVEAU PARTIELLEMENT ATTEINT** : l'employé est en mesure de fournir 50 % des réponses.
 - **NIVEAU NON ATTEINT** : l'employé n'est pas en mesure de répondre ou de démontrer ses compétences.

Corrigé du
test CCS-CMA
(première page
de l'outil)

Compétences en gestion des cas	Critères d'une réponse correcte	Niveau atteint	Niveau partiellem	Niveau non
1. Quels sont les principes directeurs à respecter pour travailler auprès d'enfants survivants ?	L'employé(e) doit citer tous les principes directeurs pour obtenir le score le plus élevé (100 %). L'employé(e) doit citer au minimum 4 principes pour obtenir la moitié du score (50 %) :			
2. Quelles sont les exigences liées à l'obligation de signalement dans ce contexte ?	1. À développer localement.			

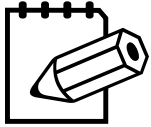
ÉTAPE 4

Attribuer les points

- » Le superviseur doit calculer le total de chaque colonne puis additionner les totaux de toutes les colonnes pour obtenir le score final. Un seul score est attribué à chaque question.
- » Score final :
 - **De 16 à 20 points – NIVEAU ATTEINT** : les scores compris dans cette fourchette indiquent que l'employé possède les compétences en gestion des cas exigées. Il est en mesure de travailler de façon indépendante avec les enfants et les familles, sous constante supervision.
 - **De 10 à 14 points – NIVEAU PARTIELLEMENT ATTEINT** : les scores compris dans cette fourchette indiquent que l'employé doit recevoir une formation supplémentaire pour acquérir des compétences et connaissances en gestion des cas. Il doit être suivi de près s'il travaille auprès d'enfants ayant subi des violences sexuelles. Un plan de renforcement des compétences doit également être mis en place. Celui-ci peut prévoir des sessions d'encadrement en face à face, des opportunités de formation supplémentaires, des séances d'observation des collègues, ou d'autres activités de renforcement des capacités.
 - **De 0 à 8 points – NIVEAU NON ATTEINT** : les scores compris dans cette fourchette indiquent que l'employé ne possède pas des connaissances et compétences suffisantes pour fournir des services de gestion des cas aux enfants survivants. Un plan de renforcement des compétences doit également être mis en place. Celui-ci peut prévoir des sessions d'encadrement en face à face, des opportunités de formation supplémentaires, des séances d'observation des collègues, ou d'autres activités de renforcement des capacités. L'employé doit recevoir une formation supplémentaire, au terme de laquelle le test CCS-CMA doit être de nouveau effectué.

TOTAL DES POINTS			
SCORE TOTAL			
Évaluation de l'employé(e) : NIVEAU ATTEINT, PARTIELLEMENT ATTEINT ou NON ATTEINT			

Notation du test CCS-CMA (dernière page de l'outil)



OUTIL DE SUPERVISION : LISTE DE VÉRIFICATION POUR LA GESTION DES CAS (LISTE DE VÉRIFICATION CCS)

La liste de vérification CCS doit être utilisée tout au long de la prise en charge des enfants, dans le cadre du processus de supervision continue des travailleurs sociaux, afin d'évaluer la mise en pratique de leurs compétences à chaque étape du processus de gestion des cas (par ex. l'admission et l'évaluation, l'élaboration du plan d'action personnalisé etc.). Cette liste de vérification peut être utilisée au terme de la prestation des services de gestion des cas, dans le but d'évaluer les compétences et pratiques globales du travailleur social dans un dossier précis. Les travailleurs sociaux plus expérimentés peuvent également utiliser cette liste de vérification en autonomie, en s'y reportant après chaque entretien avec un(e) enfant, afin d'auto-évaluer la mise en pratique de leurs connaissances et compétences au cours de la gestion des cas. Pour pouvoir véritablement évaluer leurs aptitudes, les travailleurs sociaux doivent s'imposer de répondre aux différentes questions en fonction de ce qui a réellement été fait, en non pas de ce qu'ils auraient souhaité faire.

La liste de vérification CCS sert de fil conducteur à une conversation détaillée entre le superviseur et le travailleur social, pour évaluer la mise en application de ses connaissances et compétences spécialisées sur la violence sexuelle à l'égard des enfants dans le cadre des interventions directes.

Elle passe en revue une série de mesures spécifiques que doivent prendre les travailleurs sociaux lorsqu'ils fournissent des soins et une assistance aux enfants survivants. La liste de vérification CCS est présentée à l'ANNEXE C.

CONCLUSION

Dans de ce chapitre, nous avons abordé de façon détaillée les principales étapes de la gestion des cas spécifique aux enfants ayant subi des violences sexuelles. Des directives pour gérer les situations difficiles (par ex. évaluer le risque de suicide) et des modèles de formulaires de gestion des cas ont également été fournis. Les instructions et outils proposés ne sont pas tous adaptés à chaque contexte ; par conséquent, les directeurs de programme devront déterminer, en concertation avec leurs équipes, comment intégrer au mieux les outils, les instructions et les informations dans l'optique d'améliorer les approches de gestion des cas adoptées pour aider les enfants survivants.

D'un point de vue global, pour pouvoir se conformer aux meilleures pratiques et aux normes de qualité régissant la gestion des cas impliquant des enfants, les travailleurs sociaux doivent :

- » être à même d'adapter les stratégies de communication pour échanger avec tous les enfants, quel que soit leur niveau de développement ;
- » adopter des attitudes favorables aux enfants avec les enfants survivants ;
- » mettre en pratique des connaissances techniques sur la violence sexuelle pour sensibiliser et soutenir les enfants tout au long du processus de gestion des cas ;
- » adapter les étapes et procédures de la gestion des cas aux enfants. Cela suppose notamment de :
 - respecter les principes directeurs pour travailler auprès d'enfants survivants,
 - adapter les procédures d'obtention du consentement/de l'assentiment éclairé, conformément à la législation locale et en fonction de l'âge et du niveau de développement de l'enfant,
 - adapter les protocoles relatifs à la confidentialité pour tenir compte des limites de ce principe dans les cas impliquant des enfants,
 - évaluer les besoins de l'enfant bénéficiaire en termes de santé, de sécurité, de soutien psychosocial et de justice,
 - avoir recours aux interventions d'urgence pour mobiliser rapidement les services nécessaires pour préserver la santé et la sécurité de l'enfant,
 - évaluer de façon continue la sécurité de l'enfant dans les sphères familiale et sociale après la révélation des abus,
 - prendre des mesures décisives et appropriées lorsqu'un(e) enfant doit être protégé(e),
 - identifier les points forts et les besoins de l'enfant et sa famille et les impliquer dans un processus de prise en charge et de traitement fondé sur ces points forts,
 - impliquer de façon proactive les personnes qui s'occupent de l'enfant (non incriminées dans les sévices) tout au long de la prise en charge et du traitement de l'enfant,
 - identifier les prestataires qui offrent des services adaptés aux enfants à l'échelle locale,
 - parvenir à travailler de façon indépendante et à collaborer avec d'autres prestataires de services.

Référence de l'incident :

Code survivant :

Évaluation des besoins de l'enfant et élaboration d'un plan d'action

A. ÉVALUATION DE LA SÉCURITÉ DE L'ENFANT

Point d'évaluation principal : la situation actuelle de l'enfant en termes de sécurité.

Oui, l'enfant est en sécurité.

Non, l'enfant n'est pas en sécurité.

Veuillez préciser dans le champ ci-contre

Les risques suivants ont été identifiés :

- Les personnes qui s'occupent de l'enfant ne peuvent pas protéger/ne protégeront pas l'enfant contre de nouvelles violences.
- L'agresseur vit avec l'enfant/peut facilement approcher l'enfant à son domicile.
- L'enfant craint les membres de sa famille et ne souhaite pas regagner son domicile.
- Autre raison (veuillez préciser) _____

PLAN D'ACTION POUR ASSURER LA SÉCURITÉ DE L'ENFANT

Plan d'action pour assurer la sécurité de l'enfant Décrivez le plan ici

L'enfant a-t-il/elle été orienté (e) à des services de sécurité ? Oui Non

Si OUI

Si NON

À qui l'enfant est-il/elle orienté(e) ?

Pourquoi ?

Qui accompagnera l'enfant ?

B. ÉVALUATION DES BESOINS MÉDICAUX DE L'ENFANT

Point d'évaluation principal : L'enfant doit-il/elle être orienté(e) à des services de santé ?

Oui, l'enfant doit être orienté (e) immédiatement Non, il n'est pas nécessaire d'orienter l'enfant car :

- L'agression la plus récente a eu lieu au cours des dernières 120 heures
- L'enfant se plaint de douleurs physiques et de blessures
- Autre raison indiquée (par ex. saignements ou pertes, ou souhait de l'enfant)

- Ces services sont déjà assurés par un autre organisme
- Ces services ne sont pas nécessaires (par ex. absence de contact physique au cours de l'agression)
- Autre raison :

PLAN D'ACTION MÉDICAL

L'enfant a-t-il/elle été orienté(e) à des services de santé ?

Oui Non

L'ORIENTATION VERS DES SERVICES DE SANTÉ EST NÉCESSAIRE, MAIS N'A PAS ÉTÉ EFFECTUÉE CAR :

Si OUI

À qui l'enfant est-il/elle orienté(e) ?

- Le/la survivant(e) s'y est opposé(e)
- La personne qui s'occupe de l'enfant s'y est opposée

- Ce service n'est pas disponible
- Une orientation non urgente a été effectuée

Référence de l'incident :

Code survivant :

Qui accompagnera l'enfant ?

Expliquez :

Remarque : En cas d'urgence médicale, il est dans l'intérêt de l'enfant de recevoir des soins vitaux. Si l'enfant ou la personne qui s'occupe de l'enfant refuse l'orientation vers des services médicaux, contactez immédiatement un superviseur et/ou orienter l'enfant si son pronostic vital est engagé.

C. ÉVALUATION DES BESOINS PSYCHOSOCIAUX DE L'ENFANT

Point d'évaluation principal : L'état émotionnel et le niveau de fonctionnement actuels de l'enfant.

Le comportement de l'enfant a évolué de façon significative depuis l'agression. Ce changement se manifeste de la façon suivante :

- Il/elle ne va plus à l'école
- Il/elle ne quitte plus le domicile
- Il/elle ne joue plus avec ses amis
- Il/elle se sent triste la majeure partie du temps
- Ses habitudes de sommeil ou d'alimentation ont changé
- Autres difficultés ou changements majeurs signalés :

Décrivez l'état émotionnel de l'enfant (exprimé ou observé)

Comment la personne qui s'occupe de l'enfant comprend-elle le fonctionnement actuel de l'enfant ? Expliquez, si possible

Énumérez les points forts de l'enfant / la famille : (dressez une liste des éléments positifs qui peuvent aider l'enfant / la famille à se rétablir)

PLAN D'ACTION PSYCHOSOCIAL

- Assurer un soutien émotionnel.
- Former/conseiller les enfants sur la violence sexuelle afin de les aider à comprendre et gérer leurs réactions.
- Aider l'enfant à résoudre les problèmes identifiés au cours de l'évaluation précédente (retourner à l'école, etc.)

- Offrir un suivi psychologique à la personne qui s'occupe de l'enfant et/ou aux autres membres de la famille.

Expliquez ici pourquoi cela est nécessaire, et comment les mesures seront mises en place :

D. ÉVALUATION DES BESOINS JURIDIQUES DE L'ENFANT ET PLAN D'ACTION

L'enfant a-t-il/elle été orienté (e) à des services juridiques ? Oui Non

Si NON, pourquoi ?

Si OUI

À qui l'enfant est-il/elle orienté (e) ?

Référence de l'incident :

Code survivant :

Qui accompagnera l'enfant ?

E. EXAMEN DU PLAN D'ACTION PERSONNALISÉ ET PLAN DE SUIVI

L'évaluation et le plan d'action personnalisé ont été mis au point et approuvés par :

- L'enfant bénéficiaire La personne qui s'occupe de l'enfant/autre
Lien : _____
- Le travailleur social
Code : _____

Tous les formulaires de consentement nécessaires ont-ils été signés ? Oui Non

Si non, expliquez pourquoi :

Quand aura lieu la réunion de suivi ? Date :

Lieu :

Formulaire de suivi de l'enfant

1^{re} PARTIE : Informations administratives

Code survivant :

Référence de l'incident :

Code travailleur social :

Date :

Heure :

Lieu :

2^e PARTIE : Progrès accomplis vers la réalisation des objectifs

Évaluez les progrès accomplis vers la réalisation des OBJECTIFS définis dans le formulaire Évaluation des besoins de l'enfant et élaboration d'un plan d'action	Non atteints	Atteints	Expliquez
Sécurité			
Santé			
Soutien psychosocial			
Accès à la justice			
Autres (décrivez ici les autres objectifs définis)			

Autres observations/remarques du travailleur social

ASSUREZ-VOUS QUE LES FORMULAIRES DE CONSENTEMENT SUPPLÉMENTAIRES NÉCESSAIRES POUR LES NOUVEAUX RENVOIS ONT ÉTÉ SIGNÉS

CONFIDENTIEL

Référence de l'incident :

3 ^e PARTIE : Réévaluer la sécurité	N	O	Expliquez	Mesures supplémentaires prévues
L'enfant est-il/elle exposé(e) à de nouveaux risques ou à des risques récurrents dans son foyer ?				
L'enfant est-il/elle confronté(e) à de nouveaux problèmes de sécurité dans la communauté ?				
Y-a-t-il d'autres problèmes de sécurité ?				

4 ^e PARTIE : Évaluation finale	N	O	Mesures supplémentaires prévues
a. La situation de l'enfant est stable sur le plan de la sécurité L'enfant est physiquement en sécurité, et/ou a un plan pour assurer sa sécurité physique			
a. L'état de santé de l'enfant est stable <i>L'enfant n'a pas de problèmes médicaux nécessitant un traitement</i>			
c. Le bien-être psychosocial de l'enfant s'est amélioré <i>L'enfant a un comportement normal, parvient à sourire et à se sentir heureux(se), a une personne fiable à qui s'adresser</i>			
d. La situation familiale est stable L'enfant est heureux(se) et se sent bien dans son foyer, les personnes qui s'occupent de lui/d'elle ne le/la blâment pas			
e. L'accès à la justice est assuré (le cas échéant)			
f. D'autres mesures sont nécessaires			

Réunion de suivi (date / heure / lieu) : _____

**ASSUREZ-VOUS QUE LES FORMULAIRES DE CONSENTEMENT SUPPLÉMENTAIRES
NÉCESSAIRES POUR LES NOUVEAUX RENVOIS ONT ÉTÉ SIGNÉS**

MODÈLE DE FORMULAIRE DE CLÔTURE DU DOSSIER

Formulaire de clôture du dossier

Code survivant	Référence de l'incident	Code travailleur social	Date d'ouverture du dossier	Date de clôture du dossier
----------------	-------------------------	-------------------------	-----------------------------	----------------------------

CLÔTURE DU DOSSIER

Décrivez de façon synthétique les raisons pour lesquelles le dossier est clôturé. Commentez les progrès accomplis vers la réalisation des objectifs définis dans le plan de services. Si nécessaire, décrivez les dispositions prises pour assurer la poursuite des services, en précisant les organismes et les personnes à contacter.

LISTE DE VÉRIFICATION POUR LA CLÔTURE D'UN DOSSIER

- ✓ Le plan visant à assurer la sécurité de l'enfant a été examiné et mis en place. Oui _____ Non _____ (préciser)
- ✓ L'enfant/la personne qui s'occupe de l'enfant ont été informé(e)s qu'ils/elles peuvent revenir vers les services à tout moment. Oui _____ Non _____ (préciser)
- ✓ Le superviseur du dossier a examiné le plan de clôture/de sortie. Oui _____ Non _____ (préciser)

Notes d'explication :

Date de la clôture du dossier _____ Code travailleur social _____

MODÈLE d'enquête de satisfaction auprès des enfants bénéficiaires

Aperçu / Objet

L'enquête de satisfaction auprès des enfants bénéficiaires a pour finalité d'évaluer les services fournis par **[insérer le nom de l'organisme]** aux enfants et aux familles confrontés à la violence, et leur niveau de satisfaction par rapport à ces services. En tant que programme **[préciser : VBG / protection de l'enfance etc.]**, notre priorité absolue est de venir en aide aux clients qui ont subi **[ajouter des informations]**, et ont besoin de nos services. À ce titre, nous sommes tenus de nous assurer que nous fournissons les meilleurs services possible.

L'enquête de satisfaction auprès des enfants bénéficiaires est un moyen d'obtenir le retour des enfants et familles auxquels nous venons en aide. Les réponses fournies devraient nous aider à améliorer nos services, et à mieux répondre aux besoins de nos bénéficiaires. Cette enquête ne vise en aucun cas à évaluer les employés individuellement, et ne doit pas être utilisée comme un outil d'évaluation des performances. Outre nos propres services, cet outil nous permettra d'évaluer les services fournis par d'autres prestataires, et nous aidera ainsi à renforcer nos efforts pour améliorer ces services.

L'enquête de satisfaction doit être effectuée au cours d'un entretien avec l'enfant bénéficiaire et la personne qui s'occupe de l'enfant, s'il y a lieu (se reporter aux directives relatives à l'obtention du consentement des enfants). C'est **[insérer le nom]** qui mènera l'entretien, avec la permission de l'enfant bénéficiaire. Veuillez informer l'enfant bénéficiaire qu'aucune question ne sera posée sur son cas au cours de l'enquête, que celle-ci vise uniquement à obtenir des informations sur les services qu'il/elle a reçus, et que toutes les réponses resteront confidentielles. Si l'enfant/la personne qui s'occupe de l'enfant est capable de lire et écrire, et souhaite remplir le formulaire seul(e), c'est également possible. Vous devrez quand même informer l'enfant que les informations qu'il/elle inscrira sur le formulaire resteront confidentielles.

Conformément aux principes habituels, les besoins de l'enfant bénéficiaire doivent être la première des préoccupations ; la décision d'évaluer la satisfaction de l'enfant bénéficiaire doit donc être prise au cas par cas. Si le travailleur social ou la personne responsable estime que le fait de remplir ce questionnaire portera préjudice à l'enfant, ou influera sur son traitement, ce questionnaire ne doit pas lui être remis. Comme toujours, un principe fondamental prévaut : ne pas aggraver le préjudice subi par l'enfant bénéficiaire.

INSTRUCTIONS : Étapes de l'enquête de satisfaction auprès des enfants bénéficiaires

Étape n°1 : [Insérer le nom/la fonction], chargé(e) d'assurer la prise en charge, demande la permission de l'enfant bénéficiaire et/ou de la personne qui s'occupe de l'enfant. Le processus d'obtention du consentement est le suivant :

1. Si l'enfant est âgé(e) de 9 ans ou moins, et si la personne qui s'occupe de l'enfant a été **impliquée de façon active et positive** dans la prise en charge et le traitement, le travailleur social doit obtenir le consentement de la personne qui s'occupe de l'enfant pour réaliser l'enquête de satisfaction, et n'interroger qu'elle.
2. Si l'enfant est âgé(e) de 10 à 12 ans, et si la personne qui s'occupe de l'enfant a été **impliquée de façon active et positive** dans la prise en charge et le traitement de l'enfant, le travailleur social doit obtenir le consentement de la personne qui s'occupe de l'enfant, et l'interroger directement. Néanmoins, les enfants de cette tranche d'âge doivent également être invités à donner leur avis sur les soins qu'ils ont reçus et, s'il y a lieu, assister à l'entretien ou être interrogés séparément. Cette décision doit être prise au cas par cas par [insérer le nom/la fonction].
3. Si l'enfant est âgé(e) de 14 ans ou plus (14-18 ans), il/elle peut directement consentir à participer à l'enquête de satisfaction, et être interrogé(e) directement sur son niveau de satisfaction par rapport aux services reçus. Le cas échéant, [insérer le nom/la fonction] peut également décider de s'entretenir séparément avec la personne qui s'occupe de l'enfant, si celle-ci a été impliquée de façon active et positive dans la prise en charge et le traitement de l'enfant. Il faut D'ABORD obtenir la permission de l'enfant bénéficiaire avant de s'adresser à la personne qui s'occupe de lui/d'elle.

Texte type : « Nous aimerions avoir ton [votre] avis sur les services de gestion des cas et d'accompagnement que [insérer le nom de l'organisme] t'a fournis [a fourni à votre enfant/famille]. Nous aimerions te [vous] poser quelques questions sur les services que tu as [vous avez] reçus. Ces questions visent uniquement à nous aider à améliorer nos services. Tes [vos] réponses resteront totalement anonymes, et n'auront aucun impact sur ta prise en charge [la prise en charge de votre enfant/famille]. Acceptes-tu [acceptez-vous] de discuter des services que tu as [vous avez] reçus avec [insérer le nom/la fonction] ? (Oui/Non)

Étape n°2 : Message de [insérer le nom/la fonction]

- Informez le(s) bénéficiaire(s) que vous lui/leur poserez des questions, mais que vous n'inscrirez pas son/leur nom sur le formulaire et que l'entretien restera anonyme ;
- Rappelez au(x) bénéficiaire(s) que ce questionnaire aidera [insérer le nom de l'organisme] à fournir de meilleurs services aux enfants survivants ;
- Rappelez-lui/leur également que vous ne poserez aucune question sur son/leur cas précis, et que vous vous intéresserez uniquement aux services reçus tout au long de la gestion des cas

(si l'enfant souhaite bénéficier du soutien psychosocial de **[insérer le nom/la fonction]**, cette demande ne doit pas être refusée, mais les informations relatives à l'enfant bénéficiaire ne doivent pas être remises au travailleur social en même temps que ce questionnaire de satisfaction).

Étape n°3 : Réalisation de l'enquête de satisfaction

Tu n'es pas [vous n'êtes pas] obligé(e) de répondre à ce questionnaire, mais si tu décides [vous décidez] de le faire, tes [vos] réponses nous aideront à fournir les meilleurs services possible. Acceptes-tu [acceptez-vous] de répondre aux questions suivantes concernant les services que tu as [vous avez] reçus ? (Oui / Non)

1. Comment as-tu [avez-vous] entendu parler des services de [insérer le nom de l'organisme] ? (Cocher toutes les réponses correspondantes)
 - *Énumérer ici toutes les possibilités.*

2. Est-ce déjà arrivé que les travailleurs sociaux du centre d'assistance soient tous absents lors de ta [votre] venue ?
 - 2.1 Non
 - 2.2 Oui. Préciser :

3. Quel type d'assistance espérais-tu [espérez-vous] obtenir de [insérer le titre du programme] ? (Cocher toutes les réponses correspondantes)
 - *Voir les exemples ci-dessous – énumérer des possibilités spécifiques*
 - 3.1 Un accompagnement/soutien psychosocial
 - 3.2 Une gestion de cas
 - 3.3 Une assistance pour aller (aux services de santé, psychosocial, juridique ou de sécurité)
 - 3.4 Une assistance matérielle
 - 4.8 Autre (une réinstallation, un refuge)

4. A-t-on répondu à tes [vos] attentes ?
 - 4.1 Oui
 - 4.2 En quelque sorte. Préciser :
 - 4.3 Non. Préciser :

5. As-tu [avez-vous] été traité(e) avec respect par **[l'employé – par ex. le travailleur social]** ?
 - 5.1 Oui
 - 5.2 Non. Préciser :

6. **[L'employé – par ex. le travailleur social]** t'a-t-il/elle [vous a-t-il/elle] mis(e) à l'aise pour t'aider [vous aider] à raconter ton [votre] expérience et demander de l'aide ?
- 6.1 Oui
- 6.2 Non. Préciser :
7. Pour les enfants uniquement : **[L'employé – par ex. le travailleur social]** a-t-il/elle communiqué avec toi de façon à ce que tu comprennes ?
- 8.1 Oui
- 8.2 Non. Préciser :
8. As-tu eu l'impression que **[l'employé – par ex. le travailleur social]** te rendait, d'une façon ou d'une autre, responsable de ce qui t'es arrivé(e) ?
- 9.1 Oui
- 9.2 Non. Préciser :
9. As-tu eu l'impression que **[l'employé - par ex. le travailleur social]** croyait ce que tu disais ?
- 9.1 Oui
- 9.2 Non. Préciser :
10. As-tu obtenu des informations utiles ?
- 10.1 Oui
- 10.2 En quelque sorte. Préciser :
- 10.3 Non. Préciser :
11. As-tu eu l'impression, à un quelconque moment, que **[l'employé – par ex. le travailleur social]** voulait t'inciter à prendre une décision que tu ne souhaitais pas prendre, ou à faire quelque chose que tu ne souhaitais pas faire ?
- 11.1 Oui. Préciser :
- 11.2 Non :

12. [L'employé – par ex. le travailleur social] t'a-t-il/elle orienté(e) vers d'autres services ?

12.1 Non, parce que :

12.1.1 Je n'avais pas besoin d'accéder à d'autres services

12.1.2 Je ne souhaitais pas bénéficier d'autres services

12.1.3 Autre (préciser) :

12.2 Oui

➤ Décrivez ici les prestataires de services.

13. [L'employé – par ex. le travailleur social] a-t-il/elle assuré un suivi et fait ce qui avait été convenu ?

13.1 Oui

13.2 Non. Préciser :

14. Penses-tu que [insérer le nom de l'organisme] t'a aidé(e) à faire face à tes difficultés ?

14.1 Oui

14.2 En quelque sorte. Préciser :

14.3 Non. Préciser :

15. Penses-tu que [insérer le nom de l'organisme] t'a aidé(e) à résoudre d'autres problèmes familiaux liés à l'agression ?

15.1 Oui

15.2 Non. Préciser :

16. D'une manière générale, est-ce que tu t'es senti(e) mieux après nous avoir rencontrés [insérer le nom de l'organisme] ?

16.1 Oui

16.2 Non. Préciser :

15. As-tu d'autres commentaires ou préoccupations à formuler concernant ce que [insérer le nom de l'organisme] peut faire pour améliorer son travail auprès d'autres enfants et/ou familles ?

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire. Nous sommes certains que tes [vos] réponses à ces questions et ton [votre] avis sincère nous aideront à améliorer nos services.

Outil de supervision

Évaluation de la gestion des cas impliquant des enfants (CCS-CMA)

Date :

Nom de l'employé(e) :

Superviseur :

Instructions pour procéder à l'évaluation

OBJET

Cet outil d'évaluation définit le niveau minimal de compétences en gestion des cas que doivent posséder les professionnels de la santé et les travailleurs sociaux qui interviennent directement auprès d'enfants ayant subi des violences sexuelles. Pour fournir des soins de qualité, les prestataires de services doivent être en mesure de fournir des services de gestion des cas centrés sur l'enfant. Cet outil de supervision du personnel destiné aux responsables/superviseurs doit être utilisé de façon régulière pour évaluer le personnel fournissant directement des soins aux enfants et aux familles.

INTRODUCTIONS

- (1) Cet outil de supervision doit être utilisé au cours d'un entretien verbal entre l'employé(e) et son superviseur, dans un lieu calme et confidentiel.
- (2) Le superviseur doit informer l'employé(e) que cette évaluation est effectuée pour identifier les domaines dans lesquels ses compétences doivent être renforcées. Il ne s'agit pas d'un outil d'évaluation des performances. Le superviseur doit également indiquer à l'employé(e) qu'il/elle obtiendra un score, qui permettra de déterminer si l'employé(e) possède les compétences globales requises.
- (3) Le superviseur demande à l'employé(e) d'expliquer/décrire les concepts ci-dessous, puis attribue l'un des scores suivants à chaque question :
 - **Niveau atteint** : l'employé(e) est en mesure de répondre à la question correctement, et de façon exhaustive.
 - **Niveau partiellement atteint** : l'employé(e) est en mesure de fournir **au minimum 50 %** de la réponse. Par exemple, si la question est « Citez les principes directeurs à respecter pour travailler auprès d'enfants survivants », et que la personne n'en cite que 4, elle obtient le score « Niveau partiellement atteint ».
 - **Niveau non atteint** : l'employé(e) n'est pas en mesure de répondre à la question.
- (4) Une fois l'évaluation achevée, le superviseur calcule le score final de l'évaluation, puis discute de ce score, de sa signification et d'un éventuel plan de renforcement des capacités avec l'employé(e).

Effectuer l'évaluation

Les travailleurs sociaux qui fournissent des services de gestion des cas et/ou des services psychosociaux ont déjà atteint ces compétences	Oui	Non	Non évalué
Ils possèdent des connaissances approfondies sur les violences sexuelles infligées aux enfants (évaluées à l'aide du test CCS - KA)			
Ils ont des attitudes et croyances favorables aux enfants (évaluées à l'aide de l'échelle d'attitudes CCS)			
Ils ont des attitudes et croyances favorables aux enfants (évaluées à l'aide du test CCS - CA)			

Compétences en gestion des cas	Critères d'une réponse correcte	Niveau atteint	Niveau partiellem	Niveau non
1. Quels sont les principes directeurs à respecter pour travailler auprès d'enfants survivants ?	L'employé(e) doit citer tous les principes directeurs pour obtenir le score le plus élevé (100 %). L'employé(e) doit citer au minimum 4 principes pour obtenir la moitié du score (50 %) :	<ol style="list-style-type: none"> 1. Servir au mieux les intérêts de l'enfant 2. Assurer la sécurité de l'enfant 3. Se montrer réconfortant et rassurant 4. Garantir un niveau de confidentialité approprié 5. Impliquer l'enfant dans le processus décisionnel 6. Traiter chaque enfant de façon juste et équitable 7. Renforcer la résilience de l'enfant 		
2. Quelles sont les exigences liées à l'obligation de signalement dans ce contexte ?		<ol style="list-style-type: none"> 1. À développer localement. 		
3. Quelles sont les limites de la confidentialité dans les cas impliquant des enfants ?	L'employé(e) doit expliquer les trois principales limites pour obtenir le score le plus élevé :	<ol style="list-style-type: none"> 1. L'existence de lois imposant le signalement 2. La nécessité de protéger la sécurité physique et/ou émotionnelle d'un enfant 3. La nécessité d'obtenir le consentement parental lorsqu'un(e) jeune enfant se présente pour bénéficier de services (si cela ne présente aucun risque) 4. L'enfant risque de faire du mal à un tiers (risque d'homicide) 		
4. Comment les procédures d'obtention du consentement/de l'assentiment éclairé doivent-elles être adaptées aux enfants ?	L'employé(e) doit citer ces deux points clés pour obtenir le score le plus élevé :	<ol style="list-style-type: none"> 1. En fonction de l'âge et du niveau de développement de l'enfant 2. En fonction de la présence/l'absence de personnes qui soutiennent l'enfant 		
5. Quelles sont les trois mesures qui permettent de servir au mieux les intérêts d'un enfant ?	L'employé(e) doit citer tous les points ci-contre pour obtenir le score le plus élevé :	<ol style="list-style-type: none"> 1. Protéger l'enfant de souffrances émotionnelles, psychologiques et/ou physiques potentielles ou supplémentaires. 2. Tenir compte des souhaits et besoins de l'enfant. 3. Responsabiliser les enfants et les familles. 4. Évaluer et équilibrer les bénéfices et les répercussions potentiellement préjudiciables. <ol style="list-style-type: none"> 2. e) Favoriser le rétablissement et la guérison. 		
6. À quelle étape de la gestion des cas le consentement/l'assentiment éclairé est-il obtenu ?	L'employé(e) doit citer les deux réponses ci-contre pour obtenir le score le plus élevé :	<ol style="list-style-type: none"> 1. Au début des services de gestion des cas 2. Pour les renvois vers d'autres prestataires de services <p>Cela inclut l'obtention du consentement pour recueillir des données (IMS) et les utiliser dans des rapports statistiques</p>		
7. Quels sont les principales catégories de besoins que vous devez évaluer chez un(e) enfant bénéficiaire ?	L'employé(e) doit citer au minimum 4 catégories pour obtenir le score le plus élevé :	<ol style="list-style-type: none"> 1. La sécurité et la protection 2. La santé 3. Le soutien psychosocial 4. La justice 		

8. Quelles sont les étapes de la gestion des cas ?	L'employé(e) doit citer les 7 étapes pour obtenir le score le plus élevé (4 étapes : 50 % - niveau partiellement atteint)	<ol style="list-style-type: none"> 1. La présentation et l'implication 2. L'admission et l'évaluation (entretien) 3. L'élaboration d'un plan d'action personnalisé 4. La mise en œuvre du plan d'action 5. Le suivi et le contrôle 6. La clôture du dossier 7. L'évaluation des services de gestion des cas 			
9. Quelles sont les étapes de l'évaluation lorsque l'enfant indique avoir des pensées suicidaires ?	L'employé(e) doit citer les 4 étapes pour obtenir le score le plus élevé (2 étapes : 50 % - niveau partiellement atteint)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Étape n°1 : Évaluer les pensées suicidaires actuelles / passées 2. Étape n°2 : Évaluer le risque : létalité et besoins liés à la sécurité 3. Étape n°3 : Réagir face à ces sentiments et assurer un soutien 4. Étape n°4 : Élaborer un plan d'action pour assurer la sécurité de l'enfant. 			
10. Quels sont les principaux critères permettant de déterminer quand clôturer un dossier ?	L'employé(e) doit citer les 3 critères pour obtenir le score le plus élevé (2 critères : 50 % - niveau partiellement atteint)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le plan d'action personnalisé a été appliqué de façon satisfaisante, et le suivi est terminé. 2. Il n'y a eu aucun contact avec le/la bénéficiaire pendant une période spécifique (par ex. plus de 30 jours). 3. L'enfant bénéficiaire et le travailleur social estiment tou(te)s deux que ce soutien n'est plus nécessaire. 			
TOTAL DES POINTS					
SCORE TOTAL					
Évaluation de l'employé(e) : NIVEAU ATTEINT, PARTIELLEMENT ATTEINT ou NON ATTEINT					
AUTRES OBSERVATIONS ET COMMENTAIRES					
PLAN DE RENFORCEMENT DES CAPACITÉS DE L'EMPLOYÉ(E)					

SIGNATURE DU SUPERVISEUR _____

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ(E) _____

Outil de supervision - Liste de vérification de la gestion des cas

INSTRUCTIONS

Le superviseur de la gestion des cas doit utiliser cette liste de vérification dans le cadre du processus de supervision, au cours des deux semaines suivant l'intervention du travailleur social auprès d'un enfant ayant subi des violences sexuelles. Il doit évaluer les pratiques du travailleur social, à titre individuel, en lui demandant s'il/elle a exécuté les tâches énumérées à chaque étape de la gestion des cas. Cette liste de vérification offre au superviseur la possibilité d'évaluer les pratiques directes du travailleur social, et à ce dernier/cette dernière d'être encadré(e) par son responsable/superviseur.

INSTAURER UN CLIMAT DE CONFIANCE, DE SOUTIEN ET D'ATTENTION

Le travailleur social a-t-il/elle...	Oui	Non	N/A	Commentaire du superviseur
1. gardé son calme et rassuré l'enfant tout au long de sa prise en charge et son traitement ?				
2. communiqué avec l'enfant en utilisant un langage simple, clair et non accusatoire ?				
3. dit à l'enfant qu'il/elle est fort(e) et courageux(se) de lui raconter ce qui lui est arrivé(e), et qu'il/elle a bien fait de parler ?				
4. dit à l'enfant que ce n'est pas de sa faute, et qu'il/elle n'est pas responsable de ce qui est arrivé ?				
5. tenu compte des idées, points de vue et opinions de l'enfant tout au long de sa prise en charge et son traitement, de façon appropriée ?				
6. veillé à ne pas submerger l'enfant d'informations ? aidé l'enfant à classer ses besoins par ordre de priorité ?				
7. noué une relation positive avec les personnes qui s'occupent de l'enfant/ses parents non incriminés dans les sévices (si possible) ?				

LA PRÉSENTATION/L'IMPLICATION ET L'ADMISSION/L'ÉVALUATION

Le travailleur social a-t-il/elle...	Oui	Non	N/A	Commentaire du superviseur
1. expliqué à l'enfant, en des termes simples et clairs, les services de gestion des cas et le principe de confidentialité ?				
2. obtenu de façon adéquate le consentement/l'assentiment éclairés de l'enfant et/ou de la personne qui s'occupe de l'enfant ?				
3. mené l'entretien dans un cadre sécuritaire et encourageant (en respectant les bonnes pratiques de communication/d'entretien) ?				
4. uniquement recueilli les détails de l'incident pertinents pour aider l'enfant et sa famille ?				
5. évalué de façon appropriée les besoins de l'enfant en matière de santé, de sécurité, de soutien psychosocial et de justice ?				
6. complété les formulaires et la documentation appropriés ?				

L'ÉLABORATION D'UN PLAN D'ACTION PERSONNALISÉ ET LA MISE EN ŒUVRE DE CE PLAN

Le travailleur social a-t-il/elle...	Oui	Non	N/A	Commentaire du superviseur
1. défini des objectifs thérapeutiques et élaboré un plan d'action à partir de l'évaluation des besoins ?				
2. tenu compte des points de vue et opinions de l'enfant au cours du processus décisionnel, conformément aux meilleures pratiques ?				

3. impliqué la personne qui s'occupe de l'enfant dans le plan de prise en				
4. servi au mieux les intérêts de l'enfant lors de la planification des étapes d'intervention (par ex. en veillant à ce que les mesures prises garantissent sa sécurité physique et émotionnelle) ?				
5. expliqué les différentes options dont disposent les prestataires de services pour contribuer à répondre aux besoins de l'enfant ?				
6. demandé à l'enfant et à la personne qui s'occupe de l'enfant quel volume d'informations ils/elles souhaitent partager au cours du processus de renvoi, et comment ?				
7. obtenu le consentement/l'assentiment éclairé(s) pour procéder aux renvois ?				
8. coordonné les besoins de l'enfant en procédant à des renvois sûrs et appropriés (par ex. en accompagnant l'enfant) ?				
9. respecté les procédures relatives au signalement obligatoire (le cas échéant) ?				
10. offert le soutien psychosocial supplémentaire proposé par votre organisme (le cas échéant) ?				
11. consulté son superviseur à propos des problèmes de sécurité urgents ?				
12. élaboré un plan de suivi/planifié un rendez-vous de suivi ?				
13. complété les formulaires et la documentation appropriés ?				

LE SUIVI DE L'ENFANT

Le travailleur social a-t-il/elle...	Oui	Non	N/A	Commentaire du superviseur
1. rencontré l'enfant bénéficiaire à l'heure et à l'endroit prévus pour le rendez-vous de suivi ?				
2. revu les objectifs et le plan d'action initiaux pour évaluer le statut des besoins de l'enfant qu'il/elle tâche de satisfaire ?				
3. réévalué les besoins de l'enfant (en privilégiant la sécurité) au cours du suivi pour rechercher d'éventuels nouveaux problèmes ou besoins ?				
4. révisé le plan d'action pour répondre aux nouveaux besoins de l'enfant ?				
5. obtenu le consentement éclairé pour les prestataires de services supplémentaires qui participeront à la prise en charge et au traitement de l'enfant ?				
6. pris un autre rendez-vous de suivi avec l'enfant et/ou la personne qui s'occupe de l'enfant ?				
7. complété les formulaires et la documentation appropriés ?				

LA CLÔTURE DU DOSSIER

Le travailleur social a-t-il/elle...	Oui	Non	N/A	Commentaire du superviseur
1. évalué, avec l'enfant/la personne qui s'occupe de l'enfant, le statut des besoins pour s'assurer qu'ils ont tous été satisfaits, et que la gestion des cas n'est plus nécessaire ?				
2. réexaminé le plan mis en œuvre pour assurer la sécurité de l'enfant ?				

3. expliqué à l'enfant et à la personne qui s'occupe de l'enfant qu'ils/elles peuvent toujours revenir pour bénéficier d'autres services ?				
4. complété la documentation appropriée sur le cas ?				

LA GESTION DES CAS GLOBALE				
Le travailleur social a-t-il/elle...	Oui	Non	N/A	Commentaire du superviseur
1. respecté les principes directeurs relatifs à la prise en charge des enfants survivants ?				
2. suivi les étapes et procédures de gestion des cas, conformément aux directives relatives à la prise en charge des enfants survivants ?				
3. reçu des conseils et bénéficié de l'encadrement de son superviseur ?				



Chapitre 6

LES INTERVENTIONS PSYCHOSOCIALES AUPRÈS DES ENFANTS SURVIVANTS

Ce chapitre s'adresse aux prestataires qui fournissent des services de gestion des cas et/ou des services psychosociaux.

CONTENU DE CE CHAPITRE

- » directives pour évaluer les besoins psychosociaux des enfants et des familles ;
- » directives pour assurer des interventions psychosociales auprès des enfants et des familles.

OUTILS DE CE CHAPITRE

- » formulaire Évaluation des besoins psychosociaux des enfants et des familles ;
- » directives pour assurer des interventions psychosociales fondamentales
 - l'éducation thérapeutique des enfants et/ou des personnes qui s'occupent des enfants,
 - l'initiation à la relaxation,
 - l'identification des capacités d'adaptation,
 - l'outil de résolution des problèmes.

APERÇU DU CHAPITRE

Ce chapitre explique comment évaluer de façon plus approfondie les besoins psychosociaux des enfants et des familles à l'aide du formulaire Évaluation des besoins psychosociaux des enfants et des familles, et présente une série d'interventions psychosociales directes qui peuvent être proposées aux enfants et aux familles confrontés à la violence sexuelle.⁷³

⁷³ Le terme intervention psychosociale directe désigne les interventions « centrées sur la personne ». Autrement dit, le travailleur social intervient directement auprès de l'enfant et/ou de sa famille pour améliorer son fonctionnement et son bien-être. Les interventions communautaires (par ex. les références vers les centres de prise en charge des enfants) ne sont pas traitées dans ce chapitre.

INTÉGRER LES INTERVENTIONS PSYCHOSOCIALES À LA PRISE EN CHARGE ET AU TRAITEMENT DE L'ENFANT ET SA FAMILLE

Les interventions psychosociales décrites dans le présent chapitre doivent être directement assurées auprès de l'enfant (et des membres de sa famille, s'il y a lieu), et ont pour finalité d'aider l'enfant bénéficiaire à :

1. comprendre et gérer ses réactions face aux violences subies ;
2. apprendre à gérer son anxiété et son stress ;
3. développer des méthodes pour faire face aux réactions négatives ; et
4. acquérir de nouvelles méthodes pour résoudre les problèmes.

Chez certains enfants, la violence sexuelle entraîne des troubles mentaux sévères ; pourtant, les services de santé mentale sont limités dans les situations de crise humanitaire. Ce chapitre n'indique pas comment fournir des services de santé mentale aux enfants ayant subi des violences sexuelles. En revanche, les quatre interventions psychosociales qui y sont décrites peuvent servir de point de départ pour aider les enfants à se rétablir et favoriser leur propre guérison dans les contextes où les ressources sont limitées.⁷⁴

⁷⁴ Les interventions psychosociales présentées dans ce chapitre ne sont pas suffisantes chez les enfants souffrant d'un état de stress post-traumatique, de dépression ou d'autres troubles mentaux graves.

ÉVALUER LES BESOINS PSYCHOSOCIAUX DES ENFANTS SURVIVANTS

Comme nous l'avons vu dans le chapitre 5, les besoins des enfants qui ont subi des violences sexuelles se répartissent généralement dans quatre catégories : la sécurité, la santé, le soutien psychosocial et la justice. Le modèle standard de gestion des cas est principalement axé sur le processus d'admission initiale et d'évaluation, qui permet d'identifier ces besoins, ainsi que sur la mobilisation des services d'intervention pour répondre aux besoins les plus immédiats. Les travailleurs sociaux suivent ensuite les différentes étapes de la gestion des cas (l'élaboration et la mise en œuvre du plan d'action, le suivi etc.) jusqu'à ce que la sécurité et le bien-être de l'enfant aient été assurés.

Les organismes de gestion des cas qui proposent, ou aimeraient proposer, différentes interventions psychosociales pour accompagner les services standard de gestion des cas peuvent utiliser un outil d'évaluation plus exhaustif pour mieux comprendre l'environnement social et familial de l'enfant, son bien-être psychologique et ses points forts, et ainsi déterminer quelles

interventions psychosociales sont les plus appropriées. Les travailleurs sociaux peuvent intégrer l'évaluation psychosociale supplémentaire à la prise en charge de l'enfant, le plus souvent lors de l'étape de mise en œuvre des mesures, ou lorsque cela est jugé approprié. À noter : l'évaluation psychosociale supplémentaire, et plus spécifique, ne doit être effectuée qu'une fois que les besoins immédiats liés à la santé et la sécurité de l'enfant ont été satisfaits.

Dans les cas de violence sexuelle à l'égard des enfants, l'évaluation psychosociale porte sur des domaines et des besoins plus vastes, ainsi que sur l'environnement familial de l'enfant⁷⁵, et suppose aussi parfois de recueillir des informations supplémentaires sur les abus eux-mêmes. Idéalement, les enfants doivent être évalués dans leur contexte familial ou communautaire élargi, car la famille et la communauté influent toujours de façon déterminante sur le plan de prise en charge et de traitement de l'enfant, et permettent de déterminer quel soutien doit être apporté pour favoriser le rétablissement global de l'enfant. Un modèle de questionnaire d'évaluation psychosociale est présenté ci-dessous, accompagné d'instructions pour les travailleurs sociaux, qui peuvent utiliser cet outil pour procéder à une évaluation psychosociale plus complète des enfants survivants.

PRINCIPALES ÉTAPES À SUIVRE AVANT DE PROCÉDER À L'ÉVALUATION PSYCHOSOCIALE

IMPLIQUER LES PERSONNES QUI S'OCCUPENT DE L'ENFANT ET D'AUTRES TIERCES PERSONNES DANS L'ÉVALUATION DE L'ENFANT

Pour évaluer les enfants et les familles confrontés à la violence sexuelle, le travailleur social doit recueillir des informations auprès de l'enfant, des personnes qui s'occupent de l'enfant (non incriminées dans les sévices) et d'autres personnes de confiance proches de l'enfant, en fonction de ce qui aura été décidé et déterminé avec ce dernier/cette dernière. Une décision importante doit être prise par le travailleur social : déterminer s'il convient ou non de faire participer les personnes qui s'occupent de l'enfant ou d'autres

N'OUBLIEZ PAS

L'évaluation psychosociale supplémentaire, plus spécifique, ne doit être effectuée qu'une fois que les besoins immédiats de l'enfant (liés à sa santé et sa sécurité) ont été satisfaits.

⁷⁵ La famille est définie comme un système social dans lequel des personnes liées interagissent les unes avec les autres de façon organisée et prévisible. La définition de la famille varie d'une culture à l'autre ; par conséquent, le processus d'évaluation de ce système doit être adapté en conséquence.

adultes de confiance, tels que des enseignants, aux entretiens avec l'enfant et, le cas échéant, définir les modalités de leur participation. Lorsque cela est nécessaire, le choix de la personne la mieux placée pour participer à l'évaluation de l'enfant et la famille doit être fait à partir des informations spécifiques qui ont probablement été obtenues au cours des premiers stades de la gestion des cas. Le travailleur social peut par exemple envisager d'impliquer :

- » un parent/une personne qui s'occupe de l'enfant non incriminé(e) dans les sévices, qui offre son soutien à l'enfant ;
- » la personne qui a adressé l'enfant à l'organisme, en tenant compte de son lien avec l'enfant ;
- » des personnes directement identifiées par l'enfant comme des adultes de confiance, ou des personnes qui passent un temps significatif avec l'enfant.

En règle générale, les évaluations psychosociales sont effectuées chez les enfants âgés de huit ans et plus. Les travailleurs sociaux doivent déterminer au cas par cas si l'enfant est en mesure de participer, en tenant compte de ses capacités de compréhension et de son souhait de participer ou de ne pas participer. Lorsque l'on évalue un(e) enfant, il est particulièrement souhaitable de recueillir des informations auprès d'autres personnes importantes dans la vie de l'enfant, notamment ses parents, les personnes qui s'occupent de lui/elle, ses frères et sœurs, ses voisins ou ses enseignants. Pour cela, les travailleurs sociaux doivent préalablement en discuter avec l'enfant, et obtenir sa permission. En règle générale, les parents/les personnes qui s'occupent de l'enfant (non incriminé(e)s dans les sévices) doivent être impliqué(e)s dans le traitement de l'enfant immédiatement, dès le début de la prestation de services. Néanmoins, conformément aux directives standard, leur participation au traitement et à la prise en charge de l'enfant n'est pas appropriée lorsque :

- » la personne qui s'occupe de l'enfant est l'auteur présumé/avéré des violences sexuelles ;
- » l'enfant ne souhaite pas que la personne qui s'occupe de lui/elle participe à l'entretien ;
- » le travailleur social a le sentiment que l'enfant ne peut pas parler librement, ou ne parlera pas librement.

ÉLABORER UNE STRATÉGIE D'ÉVALUATION

Avant de débiter les entretiens d'évaluation, les travailleurs sociaux doivent mettre en place une stratégie d'évaluation. Pour ce faire, il convient de déterminer :

- » comment structurer l'évaluation (le nombre d'entretiens, les techniques de communication, telles que les jeux et activités verbaux et non verbaux, etc.) ;
- » qui inclure dans l'évaluation (les personnes qui s'occupent de l'enfant, les parents ou d'autres adultes de confiance).

UTILISER LE FORMULAIRE ÉVALUATION DES BESOINS PSYCHOSOCIAUX DES ENFANTS ET DES FAMILLES

La première étape consiste à compléter la section administrative (voir le tableau ci-dessous). Les travailleurs sociaux doivent d'ores et déjà avoir identifié le code unique du/de la bénéficiaire attribué par l'organisme, et doivent également connaître leur code travailleur social personnel. Le formulaire comporte plusieurs champs pour indiquer la date et l'heure, car plusieurs entretiens peuvent être nécessaires pour achever l'évaluation. À titre d'exemple, les travailleurs sociaux peuvent avoir besoin d'inscrire la date et l'heure de l'entretien d'évaluation initial, ainsi que celles des entretiens de suivi :

Évaluation psychosociale de l'enfant et la famille		
1^{re} PARTIE : Informations administratives		
Code du/de la survivant(e) :	Code du travailleur social :	
Date	Heure :	Lieu :

2E DOMAINE D'ÉVALUATION : LES PRINCIPAUX PROBLÈMES OU INQUIÉTUDES (DE L'ENFANT/LA PERSONNE QUI S'OCCUPE DE L'ENFANT)

Lors des entretiens avec les bénéficiaires, il peut être utile de formuler des questions ouvertes, et de demander aux enfants quel regard ils portent sur leur vie plutôt que de poser immédiatement des questions spécifiques, car cela leur permet de partager ce qu'ils ont à l'esprit. Les enfants doivent toujours avoir le sentiment de pouvoir exprimer tout ce qu'ils souhaitent exprimer, et à leur façon. Les travailleurs sociaux doivent évaluer toutes les données susceptibles de les aider à comprendre ce que l'enfant bénéficiaire considère comme un problème ou une source de préoccupation principal(e) dans sa vie à un moment donné.

Pour dialoguer efficacement avec les enfants, tout en les aidant à s'exprimer, les travailleurs sociaux doivent recourir aux techniques de communication verbales et non verbales décrites au chapitre 3. Si, par exemple, le travailleur social souhaite savoir comment l'enfant se sent, ou quelles sont ses principales inquiétudes, il/elle peut demander à l'enfant de faire un dessin pour illustrer ses sentiments ou préoccupations, ou encore inviter l'enfant à dessiner une journée type. Il est toutefois important de toujours discuter de ces dessins avec l'enfant afin d'éviter toute erreur d'interprétation.

Les travailleurs sociaux peuvent également envisager de demander aux personnes qui s'occupent de l'enfant quels sont, de leur point de vue, les problèmes et inquiétudes les plus importants concernant leur cas/situation. Il est préférable, dans la mesure du possible, d'évaluer séparément les principaux problèmes/inquiétudes de l'enfant et ceux de la personne qui s'occupe de l'enfant, afin qu'ils/elles puissent tou(te)s deux s'exprimer librement avec le travailleur social. Si le travailleur social estime qu'il n'est pas nécessaire de voir l'enfant et la personne qui s'occupe de l'enfant séparément, leurs perceptions peuvent être évaluées en même temps. Les travailleurs sociaux doivent surtout regarder si les principaux problèmes/inquiétudes de l'enfant sont ou non identiques à ceux mentionnés par la personne qui s'occupe de l'enfant. Si leurs problèmes/inquiétudes diffèrent, le travailleur social doit discuter des inquiétudes de l'enfant avec la personne qui s'occupe de lui/elle, afin de favoriser la communication et la compréhension mutuelle entre l'enfant et la personne qui s'occupe de l'enfant.

Le travailleur social inscrit dans le formulaire tout ce qui dit l'enfant au cours de ces conversations, en soulignant spécifiquement les inquiétudes, les problèmes et les autres difficultés actuelles mentionnés par l'enfant. Se reporter au tableau ci-dessous, extrait du formulaire Évaluation des besoins psychosociaux des enfants et des familles.

2^e PARTIE : Préoccupations et problèmes principaux

Pour cette 2^e partie, les travailleurs sociaux doivent utiliser des questions et/ou des activités de dessin avec les enfants pour tâcher de déterminer quels sont leurs principaux problèmes et préoccupations depuis les violences subies. Ils doivent décrire dans ce champ l'état actuel de l'enfant en reprenant ses propres mots.

3E DOMAINE D'ÉVALUATION : LE CONTEXTE FAMILIAL, SOCIAL ET SPIRITUEL

Il est essentiel de recueillir des informations sur la situation familiale, sociale et spirituelle de l'enfant, ainsi que sur ses convictions, pour comprendre l'environnement plus vaste dans lequel il évolue. Les enfants ne vivent pas dans une bulle ; les travailleurs sociaux doivent donc impérativement comprendre leur environnement familial et communautaire pour faciliter leur guérison et leur rétablissement. Des directives sont fournies ci-après pour évaluer ces différentes sphères :

La situation familiale et les conditions de vie de l'enfant : Le travailleur social peut déjà savoir où vit l'enfant, et avec qui, d'après les informations recueillies au cours de l'entretien d'admission initiale et de l'entretien d'évaluation. Dans le cadre de l'évaluation psychosociale, la priorité doit être de recueillir des données spécifiques sur les conditions de vie de l'enfant (le lieu où l'enfant mange et dort, le nombre de personnes qui vivent dans son foyer, etc.), ainsi que sur le « vécu » de l'enfant. Par exemple :

- » En qui l'enfant avait-t-il/elle le plus confiance dans sa famille avant l'agression ? En qui l'enfant a-t-il/elle confiance depuis l'agression ? L'enfant est-il/elle heureux(se) chez lui/elle ? Les besoins fondamentaux de l'enfant (nourriture, vêtements, éducation, protection) sont-ils satisfaits ? L'enfant est-il/elle traité(e) différemment des autres enfants de la famille ? L'enfant peut-il/elle jouer librement ?

Ces informations aident le travailleur social à mieux comprendre l'enfant dans son cadre familial, et lui permettent ainsi d'orienter le soutien psychosocial.

Le soutien social/spirituel : Le soutien social d'un enfant, qui peut être apporté par les membres de la famille, est un élément clé de l'évaluation. Les enfants se remettent mieux des violences sexuelles lorsqu'ils bénéficient d'un soutien social, et sont capables de reprendre des activités adaptées à leur niveau de développement. Les travailleurs sociaux doivent identifier les domaines dans lesquels le soutien social des enfants a diminué (perte d'amis, déscolarisation, etc.) afin de renforcer ce soutien et de s'y appuyer. Il est également conseillé d'évaluer les croyances/pratiques religieuses et spirituelles des enfants, et notamment d'envisager la possibilité d'identifier des professeurs de religion ou des leaders religieux influents, qui pourraient jouer un rôle dans le rétablissement de l'enfant.

À partir des informations recueillies dans cette section, le travailleur social consigne les faits et les détails importants dans la **3e partie : Contexte familial, social et spirituel, du formulaire d'évaluation**. En outre, la section Autres remarques permet au travailleur social de consigner des informations supplémentaires importantes, mais sans lien avec le contexte familial, social et spirituel.

3^e PARTIE : Contexte familial, social et spirituel	
<p>Situation familiale et conditions de vie : <i>orientations pour l'évaluation : où vit l'enfant ? (Où dort-il/elle, mange-t-il/elle, quels lieux fréquente-t-il/elle ?) Qui vit dans la maison et rend souvent visite ? Combien a-t-il/elle de frères et sœurs ? L'enfant semble-t-il/elle heureux(se) dans son foyer ? L'enfant peut-il/elle jouer librement ? Où ? L'enfant semble-t-il/elle avoir peur de ses parents/tuteurs, ou de ses frères et sœurs, et/ou ne pas être proche d'eux ? L'enfant est-il/elle traité(e) différemment des autres enfants de la famille ?</i></p>	
<p>Soutien social (<i>amis, école, participation à la vie sociale et communautaire</i>)</p>	<p>Vie spirituelle/religieuse :</p>

4E DOMAINE D'ÉVALUATION : ÉVALUATION DU FONCTIONNEMENT GLOBAL

La plupart des enfants savent que la violence sexuelle est condamnable. Ils ressentent généralement de la peur, un choc, de la colère ou du dégoût. Cependant, certains des enfants qui ont subi des violences sexuelles peuvent ne pas en avoir conscience, soit parce qu'ils sont très jeunes, soit parce qu'ils présentent une déficience mentale.

Les enfants qui ont été agressés sexuellement montrent souvent des signes de souffrance émotionnelle et psychologique. Ils peuvent être nerveux ou angoissés, faire des cauchemars, ou sembler anxieux et inquiets. Les enfants, et plus particulièrement les garçons, peuvent extérioriser leur souffrance en adoptant des comportements inadéquats, par exemple en se disputant plus souvent avec les gens. D'autres au contraire intériorisent leur souffrance en sombrant dans la dépression. Les enfants peuvent s'isoler de leurs amis ou leur famille. Les enfants plus âgés, ou les adolescents, peuvent tenter de blesser quelqu'un, voire même de mettre fin à leurs jours.

En évaluant de façon basique le fonctionnement des enfants (en observant leurs comportements, leurs sentiments et leurs façons d'exprimer leur douleur somatique ou « physique »), le travailleur social peut parvenir à détecter les éventuels changements survenus depuis l'agression sexuelle et/ou la révélation des violences.

6 LES INTERVENTIONS PSYCHOSOCIALES AUPRÈS DES ENFANTS SURVIVANTS

Le travailleur social doit demander à l'enfant bénéficiaire de réagir aux affirmations énumérées ci-dessous dans la 4e partie : Évaluation du fonctionnement de l'enfant, dans une pièce privée et confidentielle. Voici ce qu'il faut dire à l'enfant :

« Je vais te lire quelques phrases. Ce sera à toi de me dire si ces phrases sur toi sont VRAIES ou pas depuis _____ [décrire l'incident de violence... par ex. : depuis que tu as été violé(e)]. »

Le travailleur social doit rechercher les changements survenus depuis l'agression. La liste de points d'évaluation (8) fournie dans le formulaire n'est pas exhaustive ; elle reprend certains des changements fréquemment observés chez les enfants qui subissent des violences sexuelles.

L'enfant doit faire de son mieux pour répondre « oui » ou « non » aux affirmations qui lui sont lues. Cela peut prendre du temps, et nécessiter une discussion entre l'enfant et le travailleur social. Si l'enfant n'est pas sûr(e), veuillez consigner les principaux éléments de la conversation dans le champ commentaires.

4^e PARTIE : Évaluation du fonctionnement de l'enfant			
INSTRUCTIONS : Le travailleur social doit interroger l'enfant bénéficiaire dans une pièce privée et confidentielle. Voici ce qu'il faut dire à l'enfant : Je vais te lire quelques phrases. Ce sera à toi de me dire si ces phrases sur toi sont VRAIES ou pas depuis _____ [décrire l'incident de violence... par ex. : depuis que tu as été violé(e)]			
<i>Vous ne pouvez cocher qu'une seule case.</i>	OUI	NON	COMMENTAIRES
1. Je ne vois pas mes amis aussi souvent qu'avant.			
2. J'ai arrêté mes activités quotidiennes (par ex. l'école).			
3. Je me dispute plus souvent avec les gens.			
4. J'ai du mal à aller me coucher ou à rester endormi(e).			
5. J'ai des douleurs dans le corps, à l'estomac, à la tête ou ailleurs.			
6. J'ai peur que quelque chose de mal arrive.			
7. Je me sens triste et pessimiste.			

5E DOMAINE D'ÉVALUATION : LES SENTIMENTS ET CONVICTIONS DES PARENTS/PERSONNES QUI S'OCCUPENT DE L'ENFANT

Dans la mesure du possible, les travailleurs sociaux doivent évaluer les sentiments, les convictions et les perceptions des personnes qui s'occupent de l'enfant à propos des violences sexuelles infligées à leur enfant. Connaître leurs points de vue permet en effet d'obtenir des indications sur le soutien qu'ils apportent et/ou peuvent apporter à l'enfant (ou l'absence de soutien). Il est crucial d'évaluer précisément le comportement des personnes qui s'occupent de l'enfant à son égard, en fonction de leurs perceptions et convictions concernant l'agression, car c'est un élément important du plan de prise en charge global de l'enfant et la famille.

Pour ce faire, certaines précautions spécifiques doivent être prises pour veiller à ce que les enfants survivants ne soient pas exposés, par inadvertance, à des sentiments ou perceptions négatifs. Il est par exemple possible que les personnes qui s'occupent de l'enfant le/la tiennent pour responsable ou aient des propos négatifs au cours de cette partie de l'évaluation. Par conséquent, le travailleur social doit évaluer les personnes qui s'occupent de l'enfant dans un lieu privé (sans la présence de l'enfant). Les parents/personnes qui s'occupent de l'enfant peuvent ainsi exprimer librement leurs inquiétudes, dans un espace privé et sûr. Il faut expliquer à l'enfant la raison pour laquelle les personnes qui s'occupent de lui/elle sont questionnées séparément.

Les travailleurs sociaux doivent poser une série de questions aux personnes qui s'occupent de l'enfant, mais aussi leur permettre d'exprimer leurs points de vue et opinions et/ou de poser des questions librement. Ces questions doivent être centrées sur leurs perceptions et leur rapport avec l'enfant. Les principales questions sont les suivantes :

- » Que savez-vous des violences subies par l'enfant/de ce qui s'est passé ? Cette question aide le travailleur social à évaluer la quantité d'informations sur l'incident que cette personne possède et comprend. Il/elle doit être attentif(ve) aux propos accusatoires à l'égard de l'enfant.
- » Que ressentez-vous par rapport à l'agression/la situation ? En posant cette question, le travailleur social demande explicitement à la personne qui s'occupe de l'enfant ce qu'elle ressent à propos des violences sexuelles subies par l'enfant. Il/elle doit tâcher d'évaluer son degré de souffrance émotionnelle et ses sentiments à l'égard de l'enfant, et lui demander si ces sentiments ont changé depuis l'agression.
- » Quels changements avez-vous observés chez votre enfant depuis l'agression ? Souvent, la souffrance émotionnelle des enfants est signalée par les adultes présents dans leur entourage, qui constatent des changements de comportement. Cette question permet également au travailleur social d'obtenir davantage d'informations sur le regard que cette personne porte sur l'enfant.

- » Selon vous, qu'est-ce qui peut aider votre enfant dans l'immédiat ? Il est utile et important de connaître l'opinion de la personne qui s'occupe de l'enfant pour aider ce dernier/cette dernière à guérir et se rétablir. Les personnes qui soutiennent l'enfant le/la connaissent bien ; leurs idées pour favoriser la guérison de l'enfant doivent donc être sollicitées et intégrées aux plans de prise en charge psychosociale.
- » Quels sont vos principales craintes et vos principaux besoins dans l'immédiat ? Cette question permet à la personne qui s'occupe de l'enfant de faire part de ses inquiétudes et de ses peurs personnelles, tout en informant le travailleur social d'éventuels besoins/ inquiétudes supplémentaires susceptibles d'affecter l'enfant.

À partir des informations recueillies dans cette section, le travailleur social inscrit les réponses obtenues dans la 5e partie : Évaluation de la personne qui s'occupe de l'enfant du formulaire. Si la personne qui s'occupe de l'enfant ne répond pas à l'une ou l'autre des questions, le travailleur social peut inscrire « non évalué », et fournir des explications.

5^e PARTIE : Évaluation de la personne qui s'occupe de l'enfant (si possible)

Que savez-vous de l'agression et de ce qui s'est passé ?	
Que ressentez-vous par rapport à l'agression et à ce qui s'est passé ?	
Quels changements avez-vous observés chez votre enfant depuis l'agression ?	

6^E DOMAINE D'ÉVALUATION : LES POINTS FORTS DE L'ENFANT ET LA FAMILLE (ÉGALEMENT APPELÉS « RÉSILIENCES »)

Les enfants et les familles sont résilients. La majorité des enfants qui ont subi des violences sexuelles parviennent à faire face et à se rétablir avec des soins et un soutien adaptés. Les points forts, ou « résiliences », des enfants renforcent leur capacité naturelle à se remettre d'expériences difficiles. C'est précisément le travail des travailleurs sociaux que d'aider les enfants à identifier leurs points forts et les aspects de la vie qui leur donnent de l'espoir.

COMMENT ÉVALUER LES POINTS FORTS DES ENFANTS

Les travailleurs sociaux doivent aider les enfants à identifier leurs propres points forts, tels que :

- » **Leur courage.** Les enfants sont forts et courageux de raconter à d'autres les violences qu'ils ont subies. Les travailleurs sociaux doivent souligner ce courage, et demander aux enfants de citer d'autres cas où ils affrontent leur peurs. Ces exemples supplémentaires fournissent des données plus concrètes, qui permettent aux enfants de prendre conscience de leur courage.
- » **Leurs traits de caractère positifs.** Un(e) enfant peut être drôle, intelligent(e), bavard(e), curieux(se) ou poli(e), ou avoir d'autres traits de caractère positifs. Les travailleurs sociaux doivent discuter avec les enfants des différentes façons d'utiliser l'humour/l'intelligence/la curiosité pour exceller à l'école et dans la vie en général.
- » **Leur fierté.** En demandant aux enfants ce qui les rend fiers, ou ce qui les fait se sentir bien, le travailleur social peut parvenir à identifier leurs points forts intérieurs ou les points forts dont ils ne sont pas conscients (par exemple aller à l'école, être capable de faire une robe, etc.). Les questions telles que « Avec tout ce que tu as traversé, qu'est-ce qui te fait sourire, même un tout petit peu ? » peuvent aider les enfants à découvrir les aspects de leur vie qui leur donnent de l'espoir. Si l'enfant ne parvient pas à identifier de point fort, ou de source de fierté, le travailleur social doit renforcer ceux qu'il/elle a identifiés chez l'enfant.

COMMENT ÉVALUER LES POINTS FORTS DE LA PERSONNE QUI S'OCCUPE DE L'ENFANT/LA FAMILLE

Au cours du processus d'évaluation, les travailleurs sociaux peuvent également identifier les points forts des personnes qui s'occupent des enfants/familles. Ces points forts peuvent comprendre, sans toutefois s'y limiter :

- » soutenir l'enfant ;
- » défendre le droit de leur enfant de recevoir des soins ;
- » protéger l'enfant et contacter des travailleurs sociaux ;
- » gérer les problèmes familiaux ;
- » nourrir les espoirs et encourager les rêves.

LES RÉSILIENCES

sont les mécanismes qui aident les individus, les familles et les communautés à surmonter les épreuves. La résilience résulte de caractéristiques individuelles et de mécanismes d'adaptation (innés et acquis), ainsi que de facteurs de protection dans l'environnement d'un enfant ou d'un jeune.

6 LES INTERVENTIONS PSYCHOSOCIALES AUPRÈS DES ENFANTS SURVIVANTS

La violence sexuelle à l'égard des enfants a également des répercussions sur les personnes qui s'occupent des enfants. Elles peuvent se sentir bouleversées, effrayées ou coupables de ne pas avoir su protéger leur enfant. Il est important pour les travailleurs sociaux d'aider ces personnes à identifier leurs propres points forts et à trouver des exemples de situations dans lesquelles elles ont agi de façon adéquate. Plusieurs aspects doivent être évalués :

- » **L'attachement à l'enfant.** Un attachement solide et positif à l'enfant est un point fort familial extrêmement important. Les liens forts et solidaires entre les personnes qui s'occupent des enfants et les enfants sont indispensables pour permettre à ces derniers de surmonter le traumatisme lié à l'agression sexuelle.
- » **Les capacités, les espoirs et les rêves de la famille.** En identifiant la façon dont les personnes qui s'occupent de l'enfant résolvent généralement les problèmes, leurs espoirs, leurs rêves ou leurs autres capacités (par exemple les amis, la foi, la non-violence au sein du foyer, etc.), le travailleur social parvient à mettre en avant des caractéristiques positives à inclure dans le plan de prise en charge psychosociale de l'enfant.
- » **Le soutien social.** Les liens de la famille avec la communauté et le réseau de soutien social sont des points forts importants.
- » **L'emploi et les actifs financiers.** Avoir un emploi et un revenu, et dépenser les ressources financières familiales de façon appropriée sont également des points forts importants.

6^e PARTIE : Points forts de l'enfant et la famille

Points forts/facteurs de protection de l'enfant

(les choses que l'enfant aime faire, les relations positives qu'il/elle entretient avec les personnes qui s'occupent de lui/elle, les personnes en qui il/elle a confiance et qui le/la soutiennent, la capacité à résoudre les problèmes, l'espoir, le rire, etc.)

Points forts/facteurs de protection de la personne qui s'occupe de l'enfant et de la famille

(les relations fortes et positives avec l'enfant, les autres membres de la famille, la capacité à faire face au stress, le soutien social et communautaire, l'emploi/le revenu)



Photo : Aubrey Wade/IRC

L'ÉVALUATION DES BESOINS PSYCHOSOCIAUX DE L'ENFANT ET LA FAMILLE ET LA PLANIFICATION DE L'INTERVENTION

Dans de nombreux contextes, il n'existe pas de services psychosociaux ou de services de santé mentale plus poussés pour répondre à la détresse émotionnelle et psychologique que ressentent nombre d'enfants et de familles après la révélation des violences sexuelles. Néanmoins, plusieurs interventions courantes et efficaces peuvent être initiées par les travailleurs sociaux pour aider les enfants à faire face aux difficultés psychosociales constatées au cours du processus d'évaluation.

Au terme de l'entretien d'évaluation, le travailleur social analyse les informations et choisit des interventions psychosociales, tel que celles décrites ci-après, en fonction des principaux problèmes identifiés. Le personnel doit avoir été formé pour assurer des interventions psychosociales de base, mais néanmoins efficaces, auprès des enfants survivants, et les intégrer à la gestion des cas et la prestation de soins psychosociaux.

La plupart de ces interventions sont initiées au cours de sessions individuelles avec l'enfant. Ces sessions individuelles offrent à l'enfant une structure (il/elle peut par exemple rencontrer son travailleur social chaque semaine) et un espace sécurisé pour exprimer ses sentiments par

rapport aux violences subies. Elles lui donnent également la possibilité de commencer à traiter les événements traumatiques.

Si l'enfant n'a pas de problèmes ou de besoins psychosociaux, il/elle doit se voir offrir la possibilité de participer à des sessions de formation, au cours desquelles il/elle peut apprendre des techniques de relaxation, entre autres compétences.

LES INTERVENTIONS PSYCHOSOCIALES FONDAMENTALES AUPRÈS DES ENFANTS AYANT SUBI DES VIOLENCES SEXUELLES

Les interventions psychosociales suivantes peuvent être mises en œuvre dans les cas de violence sexuelle à l'égard des enfants. Par ailleurs, l'éducation thérapeutique et l'initiation à la relaxation peuvent être utiles aux enfants, même lorsqu'ils n'expriment pas de difficultés psychosociales liées à l'agression.

1RE INTERVENTION : L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

En fournissant aux enfants et aux familles des informations précises sur la violence sexuelle, le travailleur social les aide à comprendre et gérer les répercussions des abus. Cette intervention vise à :

- a.** fournir aux enfants et aux personnes qui s'occupent des enfants des informations précises sur la violence sexuelle et les répercussions associées ;
- b.** donner aux enfants et aux personnes qui s'occupent des enfants les moyens d'identifier les signes et symptômes du traumatisme.

2E INTERVENTION : L'INITIATION À LA RELAXATION

Souvent, les enfants ressentent de l'anxiété et/ou présentent des troubles psychosomatiques (palpitations cardiaques, sudation, tremblements) liés à l'anxiété et au stress. Apprendre aux enfants à gérer cette anxiété peut les aider à se sentir plus en contrôle de leur corps et à calmer leur esprit. Cette intervention vise à :

- a.** aider les enfants et les personnes qui s'occupent des enfants à dormir et manger régulièrement ;
- b.** aider les enfants et les personnes qui s'occupent des enfants à gérer seuls les symptômes liés au stress.

3E INTERVENTION : DÉVELOPPER LEURS CAPACITÉS D'ADAPTATION

Les enfants peuvent avoir des sentiments négatifs après une agression sexuelle. Ces capacités d'adaptation leur donnent les moyens de s'aider eux-mêmes. Cette intervention vise à :

- a.** aider les enfants à reconnaître leurs sentiments, positifs comme négatifs ;
- b.** aider les enfants à développer leurs capacités pour faire face aux émotions difficiles.

4E INTERVENTION : RÉSOUDRE LES PROBLÈMES

Les enfants ont des connaissances et des idées pour résoudre leurs problèmes. Les travailleurs sociaux peuvent les aider à mettre au point des « plans de résolution des problèmes » pour surmonter leurs principales difficultés. Cette intervention vise à :

- a. apprendre aux enfants et aux personnes qui s'occupent des enfants à identifier leurs problèmes quotidiens ;
- b. donner aux enfants et aux personnes qui s'occupent des enfants les moyens de réfléchir à des solutions pour résoudre ces problèmes quotidiens.

Évaluer les résultats de l'évaluation : élaborer le plan d'action psychosocial

Au terme de l'évaluation psychosociale, le travailleur social évalue les informations recueillies à l'aide de la **7e partie : L'évaluation psychosociale et l'élaboration du plan d'action** du formulaire Évaluation des besoins psychosociaux des enfants et des familles.

7^e PARTIE : Évaluation psychosociale et élaboration du plan d'action (section réservée au travailleur social)				
Questions d'évaluation	Oui	Non	N/A	Plan d'action pour l'intervention (préciser les mesures à prendre, les responsabilités et le calendrier)
<p>1. L'enfant a-t-il/elle mentionné des problèmes de fonctionnement ? (Se reporter aux items 1-3 de la 4^e partie).</p> <p>Si oui : interventions nécessaires :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Résolution des problèmes 2. Éducation thérapeutique 3. Initiation à la relaxation 				

Par ailleurs, le travailleur social consigne les points forts de l'enfant et la famille identifiés au cours de l'évaluation, et précise comment ces points forts peuvent être intégrés au plan de prise en charge psychosociale de l'enfant.

Énumérer les points forts (de l'enfant et la famille) qui peuvent favoriser la guérison de l'enfant.
(école, activités, sens de l'humour etc).

6 LES INTERVENTIONS PSYCHOSOCIALES AUPRÈS DES ENFANTS SURVIVANTS

Enfin, le travailleur social doit énumérer les domaines supplémentaires (par ex. le statut légal de l'enfant, les problèmes économiques de la famille, la situation scolaire ou les conditions d'hébergement) qui nécessitent une intervention directe du travailleur social, de l'enfant et/ou de la personne qui s'occupe de l'enfant, ou une intervention sous forme de référence.

Autres types de besoin identifiés lors de l'évaluation et qui nécessitent une intervention (directe et/ou référence) <i>(autres que ceux mentionnés précédemment)</i>	
Besoin identifié :	Plan d'action (préciser les mesures à prendre, les responsabilités et le calendrier).

Une fois l'évaluation achevée et le plan d'action psychosocial en place, le travailleur social, l'enfant bénéficiaire et la personne qui s'occupe de l'enfant (si nécessaire) doivent programmer les rendez-vous de suivi nécessaires.

Prochain rendez-vous de suivi programmé (date/heure) _____

LISTE DE VÉRIFICATION POUR L'ÉVALUATION DES BESOINS PSYCHOSOCIAUX DES ENFANTS ET DES FAMILLES

Dans les cas de violence sexuelle à l'égard des enfants, les points suivants ont-ils été évalués ?

- Les besoins/problèmes exprimés par l'enfant ;
- Le contexte familial, social et spirituel ;
- Le fonctionnement de l'enfant ;
- Les convictions/perceptions de la personne qui s'occupe de l'enfant ;
- Les points forts de l'enfant et la famille ;
- Les éventuelles préoccupations supplémentaires (liées à la sécurité ou autre).

L'analyse des informations et la planification de l'intervention sont effectuées après l'évaluation.

REMARQUE

Les travailleurs sociaux doivent rester vigilants afin de détecter les éventuels risques et inquiétudes liés à la sécurité exprimés au cours des entretiens d'évaluation. Les problèmes de sécurité doivent être traités en priorité dans le plan d'action personnalisé de l'enfant.



DIRECTIVES POUR ASSURER LES INTERVENTIONS PSYCHOSOCIALES FONDAMENTALES

Remarque : Le personnel chargé d'assurer les interventions psychosociales auprès des enfants ayant subi des violences sexuelles doit avoir préalablement reçu une formation sur la gestion des cas de violence sexuelle à l'égard des enfants ainsi que sur les techniques de communication.

1E INTERVENTION : L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE⁷⁶

QU'EST-CE QUE L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE ?⁷⁷

Les enfants qui ont subi des violences sexuelles ont besoin d'un soutien psychosocial constant tout au long du processus de gestion des cas. Lorsqu'ils possèdent des informations sur la violence sexuelle, les enfants et les familles parviennent mieux à comprendre les répercussions des abus sexuels. Ils apprennent à préserver leur sécurité future, et à faire face aux réactions émotionnelles et physiques provoquées par l'agression. Les connaissances responsabilisent les enfants, et facilitent la guérison des bénéficiaires et des familles. Lorsqu'un travailleur social fournit des informations spécifiques et précises sur la violence sexuelle et les sujets afférents aux enfants bénéficiaires et aux familles, il/elle leur offre une éducation thérapeutique. Le travailleur social doit impérativement posséder les connaissances techniques sur les violences sexuelles infligées aux enfants décrites dans le chapitre 1 pour assurer des interventions psychosociales de qualité auprès des enfants et des familles, car il est fondamental d'éduquer les bénéficiaires et de lutter contre la désinformation à ce sujet.

L'éducation thérapeutique vise spécifiquement à développer les aptitudes des enfants et des familles à faire face à la violence sexuelle. Elle consiste à leur fournir des informations supplémentaires (outre les informations sur les options de référence dont ils disposent concernant la santé, la sécurité, la justice et le soutien psychosocial), notamment : 1) les faits concernant la violence sexuelle, pour aider l'enfant à mieux comprendre ce qu'il/elle a subi ; 2) des conseils pour l'aider à préserver sa sécurité future ; et 3) des informations sur les capacités d'adaptation

⁷⁶ Les textes types proposés et les directives relatives aux interventions sont en grande partie directement extraits du modèle factuel Trauma Focused Cognitive Behavioral Therapy. <http://tfcbt.musc.edu/>.

⁷⁷ Le terme technique est la psychoéducation. Cependant, dans le cadre de l'initiative CCS, le terme éducation thérapeutique est préféré, car il se traduit plus facilement dans différentes langues et différents contextes, comme l'ont montré les programmes CCS pilotes menés en Thaïlande et en Éthiopie.

et les techniques de relaxation qui peuvent l'aider à atténuer les symptômes psychosomatiques liés à l'agression. Par ailleurs, des sessions d'éducation thérapeutique spéciales sont réservées aux personnes qui s'occupent des enfants, pour les aider à soutenir au mieux les enfants confrontés à la violence sexuelle.

QUELS SONT LES THÈMES ABORDÉS ?

L'éducation thérapeutique des enfants et des familles est axée sur trois grands thèmes :

- » **Thème 1** : Les violences sexuelles infligées aux enfants : ce que chaque enfant/chaque famille doit savoir.
- » **Thème 2** : Assurer sa sécurité ! La sécurité physique et la planification de la sécurité
- » **Thème 3** : La session avec la personne qui s'occupe de l'enfant : son rôle dans le processus de guérison de l'enfant.

Des conseils et instructions pour assurer des sessions d'éducation thérapeutique sont fournis ci-après, pour les travailleurs sociaux concernés. N'oubliez pas, la façon dont ces informations sont communiquées doit être adaptée à l'âge de l'enfant et au contexte culturel. L'éducation thérapeutique a pour finalité de rectifier les fausses croyances concernant la violence sexuelle, qui peuvent inciter à tenir l'enfant pour responsable des sévices, et souvent aggraver le préjudice subi par le/la bénéficiaire. Il est recommandé d'adapter les méthodes d'éducation à la culture locale, afin que les informations puissent être relayées de la façon la plus appropriée d'un point de vue culturel.

COMMENT ASSURER LES SESSIONS D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE ?

ÉTAPE 1

PRENDRE RENDEZ-VOUS AVEC L'ENFANT (ET LA PERSONNE QUI S'OCCUPE DE L'ENFANT, S'IL Y A LIEU).

Les travailleurs sociaux doivent demander à l'enfant et à la personne qui s'occupe de l'enfant s'ils/elles souhaitent participer à une session d'éducation thérapeutique spéciale. Ils doivent pour cela leur expliquer qu'ils souhaitent leur fournir des informations afin de les aider à comprendre et gérer ce qui est arrivé. Il convient de noter que cette session doit se dérouler dans un lieu privé, et ne peut excéder une heure.

Le temps que le travailleur social doit consacrer à l'enfant et la personne qui s'occupe de l'enfant dépend de leur relation, du souhait de la famille de s'impliquer, et de la situation donnée. Les travailleurs sociaux doivent travailler en collaboration avec leur superviseur pour déterminer comment structurer et assurer les sessions d'éducation afin d'aborder les principales informations.

ÉTAPE 2

ANIMER LES SESSIONS

Comme nous l'avons indiqué précédemment, les travailleurs sociaux doivent déterminer le nombre de sessions spéciales qu'ils peuvent programmer avec leurs bénéficiaires en fonction du lien qu'ils entretiennent et des possibilités de suivi. Si le travailleur social a la possibilité de rencontrer l'enfant bénéficiaire de façon régulière, il/elle doit chercher à planifier au minimum trois sessions pour lui offrir une éducation thérapeutique et un soutien. En revanche, s'il/elle ne peut planifier qu'une seule session, le travailleur social doit s'efforcer de traiter le plus d'informations possible avec l'enfant et la personne qui s'occupe de l'enfant.

LA PREMIÈRE SESSION D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

Lors de la première session d'éducation thérapeutique avec l'enfant et la personne qui s'occupe de l'enfant, le travailleur social doit aborder les informations du thème 1 : Les violences sexuelles infligées aux enfants : ce que chaque enfant/famille doit savoir, et, si le temps le lui permet, les informations du thème 2 : La sécurité physique et la planification de la sécurité.⁷⁸

THÈME 1 : LES VIOLENCES SEXUELLES INFLIGÉES AUX ENFANTS : CE QUE CHAQUE ENFANT/PERSONNE QUI S'OCCUPE DE L'ENFANT DOIT SAVOIR

Les enfants et les personnes qui s'occupent des enfants doivent avoir des faits précis sur les violences sexuelles infligées aux enfants. Les travailleurs sociaux doivent systématiquement expliquer que l'enfant n'est pas responsable des violences sexuelles, et qu'il/elle ne doit pas être blâmé(e). Les connaissances sur la violence sexuelle sont essentielles pour favoriser le processus de guérison et de rétablissement de l'enfant et la famille. C'est la raison pour laquelle les travailleurs sociaux commencent par fournir des faits sur la violence sexuelle lors des séances d'éducation thérapeutique avec les enfants et les familles. Les principaux faits et informations à aborder lors de la première session comprennent :

- a. la définition de la violence sexuelle ;
- b. les causes de la violence sexuelle, et les raisons pour lesquelles elle se perpétue ;
- c. les réactions fréquentes des enfants après l'agression sexuelle ;
- d. la tendance des enfants à taire l'agression (un point particulièrement important pour les personnes qui s'occupent des enfants).

⁷⁸ Si cela est nécessaire, ces thèmes peuvent être abordés au cours de deux sessions distinctes.

a. Qu'est-ce que la violence sexuelle : principales informations formulées dans des termes appropriés

- La violence sexuelle à l'égard des enfants, c'est lorsqu'un adulte ou une personne plus âgée que toi touche ou frotte tes parties intimes, ou te fait participer à une activité sexuelle ou assister à des actes sexuels. Parfois, la personne plus âgée te demande de toucher ses parties intimes. De plus, quand quelqu'un te parle de façon sexuelle, te fait regarder des vidéos sexuelles ou des photos sexuelles, ou fait des choses sexuelles devant toi, c'est aussi de la violence sexuelle.
- La violence sexuelle est toujours mal, et c'est toujours de la faute de l'agresseur.
- **Remarque** : Cette section doit être adaptée pour inclure des informations spécifiques au contexte local.

b. Les causes de la violence sexuelle, et les raisons pour lesquelles elle se perpétue : principales informations formulées dans des termes simples

- Beaucoup d'enfants subissent des violences sexuelles. La violence sexuelle touche les garçons et les filles de tous les âges. Peu importe que tu sois riche ou pauvre ; la violence sexuelle touche de nombreux enfants différents dans le monde entier
- Il y a une chose importante que tu dois retenir : si tu as subi des violences sexuelles, ce n'est pas de ta faute ; c'est n'est ni à cause de ton apparence, ni à cause de quelque chose que tu as fait.
- L'agresseur peut être une personne que tu connais, par exemple quelqu'un de ta famille, ou un ami proche de ta famille. Il peut aussi être un parfait étranger.
- La plupart du temps, les enfants sont agressés sexuellement par une personne qu'ils connaissent et en qui ils ont confiance.

c. Les réactions fréquentes des enfants après l'agression sexuelle : principales informations formulées dans des termes simples

- Les enfants ont beaucoup de sentiments différents lorsqu'ils sont agressés sexuellement, et après avoir été agressés sexuellement. Ces différents sentiments peuvent être difficiles à comprendre. Les enfants ont le droit d'avoir beaucoup de sentiments différents à propos de l'agression.
- Certains enfants en veulent beaucoup à la personne qui les a agressés, ou ont peur de cette personne. Certains enfants se sentent tristes et ne veulent parler à personne. Certains enfants se sentent même coupables de ce qui est arrivé.
- Tous ces sentiments sont normaux et fréquents.
- Parfois, ces sentiments peuvent avoir des effets sur le comportement des enfants. Après avoir été agressés, certains enfants sont effrayés, et ne veulent pas dormir seuls, ou n'aiment pas être seuls.

- Certains enfants ont beaucoup de colère, et se disputent beaucoup. Certains enfants se sentent vraiment tristes, et veulent tout le temps pleurer.
- Cela aide vraiment de parler de tous ces sentiments.

d. Les raisons pour lesquelles les enfants taisent l'agression : principales informations, spécifiquement destinées aux parents/personnes qui s'occupent des enfants

- Il y a de nombreuses raisons au fait que les enfants cachent aux adultes qu'ils ont subi des violences sexuelles.
- Parfois, la personne qui les a agressés leur dit que c'est « un secret », et qu'ils ne doivent en parler à personne.
- Parfois, l'agresseur les menace et dit des choses telles que « Si tu en parles à quelqu'un, je te ferai du mal, ou je ferai du mal à ta famille ».
- La personne qui a fait du mal à votre enfant peut même essayer de le/la convaincre que personne ne le/la croira si il/elle en parle.
- Parfois, les enfants n'en parlent pas parce qu'ils ont honte, parce qu'ils sont gênés, ou parce qu'ils ont peur d'avoir des problèmes.
- Il est important que vous compreniez que votre enfant n'est pas responsable de ce qui lui est arrivé(e). Il/elle a besoin de se sentir accepté(e), et a besoin de votre soutien.
- Vous pouvez avoir de nombreux sentiments à propos de l'agression subie par votre enfant. Nous pouvons discuter de ces sentiments, et de ce que nous pouvons faire pour vous aider également.

THÈME 2 : LA SÉCURITÉ PHYSIQUE ET LA PLANIFICATION DE LA SÉCURITÉ

Outre les évaluations régulières de la situation en matière de sécurité, les travailleurs sociaux doivent organiser une session distincte avec les enfants et les personnes qui s'occupent des enfants à propos du Thème 2 : Assurer sa sécurité ! La sécurité physique et la planification de la sécurité Les enfants doivent posséder les compétences en communication et l'assurance nécessaires pour réagir face aux situations potentiellement violentes ou traumatiques. Apprendre aux enfants à assurer leur sécurité personnelle ne permet pas de garantir qu'ils seront en totale sécurité ; cependant, cela peut les aider à avoir davantage de maîtrise et d'assurance pour réagir face aux menaces qui se présentent. Les principales informations à fournir à l'enfant au cours de cette session sont les suivantes :

- a. être attentif(ve) et informé(e) ;
- b. être prudent(e) et préparé(e) ;
- c. être sûr(e) de soi !



Photo : Gina Bramucci/IRC

a. Être attentif(ve) et informé(e)

Les travailleurs sociaux doivent sensibiliser l'enfant aux dangers potentiels dans son environnement, et l'aider à écouter ses intuitions. Il est bon que l'enfant sache détecter les signes de danger indiquant un risque accru, et utile de l'exercer à réagir face au danger. Ces questions peuvent également avoir été abordées au cours du processus standard de gestion des cas.

b. Être prudent(e) et préparé(e)

Dans le cadre de la sensibilisation générale à la sécurité, les travailleurs sociaux discutent avec les enfants de ce qu'il faut faire lorsqu'ils se sentent en danger. Faites-les s'exercer à réagir de façon adéquate face au danger ou aux situations potentiellement violentes à l'aide de jeux de rôle, etc. Cela peut contribuer à renforcer leur assurance et leurs capacités à gérer une menace potentielle. Pour apprendre à l'enfant à assurer sa sécurité, le travailleur social doit :

- Aider l'enfant à désigner plusieurs adultes qui lui donnent un sentiment de sécurité. (Si l'enfant a des difficultés, le travailleur social peut poser des questions sur des personnes spécifiques, par exemple un enseignant, une personne qui s'occupe de l'enfant, un frère ou une sœur, un(e) ami(e).) Une fois que ces personnes ont été identifiées, le travailleur social peut encourager l'enfant à les prévenir lorsqu'il/elle est inquiet(ète) ou se sent en danger (au cours du processus d'élaboration du plan visant à assurer la

6 LES INTERVENTIONS PSYCHOSOCIALES AUPRÈS DES ENFANTS SURVIVANTS

sécurité de l'enfant, ces personnes doivent être impliquées dans une des sessions afin d'être officiellement reconnues comme des « personnes sûres » dans l'entourage de l'enfant).

- Aider l'enfant à désigner des lieux dans lesquels il/elle se sent en sécurité, et notamment les lieux dans lesquels il/elle se rendrait s'il/elle ne se sentait pas en sécurité à la maison.
- Élaborer un plan avec l'enfant, et s'exercer avec lui/elle à réagir lorsqu'il/elle ne se sent pas en sécurité. Que ferait-il/elle ? Que dirait-il/elle ? Il est important d'entraîner les enfants à dire « Non ! » à un adulte qui fait tout pour les mettre mal à l'aise. Les jeux de rôle sont particulièrement utiles pour s'entraîner à dire « Non ».

c. Être sûr(e) de soi

Le travailleur social doit débiter la session en passant en revue les parties du corps qu'il est acceptable de toucher, et celles qu'il n'est PAS acceptable de toucher. Les enfants doivent s'entraîner à réagir lorsqu'une personne les touche de façon INACCEPTABLE. Il est utile d'expliquer les points suivants à l'enfant :

- Personne ne doit toucher tes parties intimes de façon sexuelle ; même si c'est une personne que tu connais et que tu aimes.
- Si quelqu'un te touche d'une façon qui te semble bizarre, ou qui te met mal à l'aise, tu dois dire « NON ! » à cette personne.
- Donnez à l'enfant des techniques à utiliser (courir, se cacher, demander de l'aide, appeler quelqu'un, crier) pour réagir à des attouchements ou des comportements inappropriés. Aidez l'enfant à identifier un adulte de confiance à qui il/elle peut se confier si quelqu'un les menace de nouveau.
- Au cours de cette session, il est important d'aider l'enfant à développer sa confiance en soi et ses capacités à protéger son corps.



CONSEIL PRATIQUE

Veillez à ne pas sous-entendre que si les violences se reproduisent, c'est de la faute de l'enfant. Les violences sexuelles sont toujours de la faute de l'agresseur, et les enfants à qui l'on a appris à mieux protéger leur corps peuvent malgré tout subir de nouvelles violences. Ce n'est PAS PARCE QUE ces enfants n'ont pas été assez sûr(e)s d'eux/elles ou assez bien préparé(e)s à se protéger, mais parce que l'agresseur a plus de pouvoir sur l'enfant ; l'enfant n'est en aucune circonstance responsable de quelque agression que ce soit.

THÈME 3 (session avec la personne qui s'occupe de l'enfant) : Le rôle de la personne qui s'occupe de l'enfant dans le processus de guérison de l'enfant

Les parents et les personnes qui s'occupent des enfants jouent un rôle déterminant dans la guérison de ces derniers. En réalité, la guérison est facilitée lorsque les enfants sont soutenus par des amis et des proches au sein de leur foyer et à l'échelle de la communauté. Les travailleurs sociaux doivent organiser une session avec les personnes qui s'occupent des enfants pour leur donner l'occasion d'expliquer ce qu'elles comprennent de la violence sexuelle, et quels sont leurs sentiments sur la question. Ces personnes peuvent subir un stress important depuis l'agression sexuelle. Elles peuvent ressentir de la culpabilité pour diverses raisons, notamment ne pas avoir protégé l'enfant ; de la colère, lorsqu'elles pensent que l'enfant les a couvertes de honte ; de la colère à l'égard de l'agresseur ; de la confusion (que faut-il faire ?) ; et de nombreux autres émotions vives.

Au cours de cette session, le travailleur social doit laisser à la personne qui s'occupe de l'enfant la possibilité d'exprimer ses sentiments et inquiétudes, sans la juger. Néanmoins, si cette personne semble accuser l'enfant, ou a tendance à le/la juger, le travailleur social se doit d'intervenir. Trois thèmes fondamentaux doivent être abordés au cours de la session :

- a. le rôle des personnes qui s'occupent des enfants dans la guérison de ces derniers ;
 - b. les choses auxquelles les personnes qui s'occupent des enfants doivent faire attention, et ce qu'elles peuvent faire pour aider les enfants ;
 - c. les services à la disposition des personnes qui s'occupent des enfants.
-
- a. **Le rôle des personnes qui s'occupent des enfants dans la guérison de ces derniers**
 - Les personnes qui s'occupent des enfants jouent un rôle déterminant dans la guérison de ces derniers. De nombreux enfants se remettent des conséquences de la violence sexuelle lorsqu'ils bénéficient du soutien de leur mère, de leur père ou de leur famille ;
 - Les personnes qui s'occupent des enfants doivent donc encourager la famille toute entière à offrir son soutien à l'enfant. La famille doit traiter l'enfant avec compassion, et lui faire sentir qu'il/elle est aimé(e) ;
 - Les enfants doivent continuer à aller à l'école, à jouer et à « être des enfants » après l'agression sexuelle. Les abus sexuels ne doivent pas empêcher l'enfant de continuer à s'épanouir et de participer à des activités adaptées aux enfants.
 - b. **Les choses auxquelles il faut faire attention, et ce qu'on peut faire pour aider les enfants.**
 - Après avoir été agressés sexuellement, les enfants peuvent ressentir de la timidité, de la gêne, de la peur, de la colère ou de la tristesse. Si les personnes qui s'occupent de l'enfant remarquent qu'il/elle se comporte différemment (par exemple s'il refuse d'aller

à l'école, de voir ses amis, ou adopte tout autre comportement inhabituel), ils doivent lui parler et, s'il y a lieu, solliciter de l'aide ;

- Les personnes qui s'occupent des enfants peuvent aider ces derniers en ne les blâmant pas, en contribuant à leur bien-être et leur bonheur au sein du foyer, et en leur laissant le temps et l'espace nécessaires pour composer à leur façon avec l'expérience qu'ils ont subie ;
- Elles doivent assurer leur protection, et veiller à ce qu'ils ne soient pas maltraités par l'agresseur, ou tout autre personne ;
- Elles doivent encourager les enfants à retourner à l'école, et à reprendre leurs activités quotidiennes ;
- Elles ne doivent pas discuter de l'agression sexuelle avec les voisins, ou d'autres personnes. Elles ne doivent pas discuter des violences sexuelles infligées à l'enfant en sa présence (sauf s'il est dans l'intérêt de l'enfant que les personnes qui s'occupent de lui/elle parlent de l'agression avec un médecin, un conseiller juridique ou un travailleur social ;
- Elles doivent insister sur le fait que les violences sexuelles sont toujours condamnables, et que c'est toujours l'agresseur qui est en faute.

c. Les services à la disposition des personnes qui s'occupent des enfants

Les personnes qui s'occupent des enfants, et plus particulièrement les mères, peuvent se penser responsables de l'agression. Les travailleurs sociaux doivent encourager les mères, et ne pas les tenir pour responsables des sévices.

- Les personnes qui s'occupent des enfants peuvent également avoir des réactions très fortes suite à l'agression sexuelle survenue dans la famille. Elles peuvent ressentir de la tristesse, de la colère, de la dépression, de la peur ou de la confusion. Il n'y a rien de mal à ça. Il est normal que les personnes confrontées à la violence sexuelle ressentent de telles émotions ;
- Elles peuvent se penser responsables des sévices. Mais la violence sexuelle est TOUJOURS de la faute de l'agresseur. Ni l'enfant, ni la personne qui s'occupe de l'enfant ne sont responsables des sévices ;
- Les personnes qui s'occupent des enfants doivent se confier à des amis ou d'autres personnes de confiance lorsque leurs réactions par rapport à l'agression les empêchent d'accomplir leur travail quotidien ;
- Elles doivent pouvoir contacter le travailleur social à tout moment pour discuter de leurs sentiments sur l'agression subie par l'enfant, et trouver de meilleures façons de faire face aux répercussions de la violence sexuelle.

CONSEILS POUR LES TRAVAILLEURS SOCIAUX



Au cours de la session : Le travailleur social doit veiller à écouter attentivement les pensées et sentiments exprimés par l'enfant et les personnes qui s'occupent de l'enfant. Au cours de la session d'éducation avec l'enfant et sa famille, le travailleur social peut entendre les parents affirmer des choses qui peuvent nuire à l'enfant. Le travailleur social doit combattre les convictions potentiellement préjudiciables pour l'enfant ; à défaut, ces jugements pourraient entraver le processus de guérison (par exemple, si la personne qui s'occupe de l'enfant semble le/la blâmer, et lui adresse à tort sa colère).

Au cours de la session : Les techniques de communication (et, dans une certaine mesure, les informations communiquées) doivent toujours être adaptées à l'âge et au niveau de développement de l'enfant. Les informations doivent être en adéquation avec les capacités de compréhension de l'enfant. Avec les jeunes enfants, par exemple, les informations fondamentales doivent être communiquées à l'aide de dessins, de jeux ou de jeux de rôle. Avec les enfants plus âgés, il est utile d'utiliser des supports écrits. Cela leur donne l'occasion de comprendre seuls les choses, puis de répondre à des questions visant à instaurer un dialogue.

Au cours de la session : Le travailleur social doit essayer de faire participer les personnes qui s'occupent de l'enfant et lui apportent leur soutien. Elles doivent bénéficier, avec les enfants, d'une éducation thérapeutique, tant que l'enfant est à l'aise et que la personne qui s'occupe de l'enfant est déterminée à l'aider. Lorsque l'enfant et la personne qui s'occupe de l'enfant sont tou(te)s deux présent(e)s lors de l'entretien, le travailleur social peut combattre les idées fausses de l'enfant ou la personne qui s'occupe de l'enfant sur la violence sexuelle, et a l'opportunité d'affirmer ouvertement à l'enfant et au parent/la personne qui s'occupe de l'enfant que l'enfant n'est pas responsable de ce qu'il lui est arrivé(e).

Si la personne qui s'occupe de l'enfant se met en colère : Si au cours de la session, la personne qui s'occupe de l'enfant commence à le/la blâmer, le travailleur social doit poliment lui demander de quitter la pièce. Il n'est pas souhaitable de poursuivre la session avec l'enfant si les personnes qui s'occupent de lui/elle ne sont pas en mesure de contrôler leurs sentiments et leurs réactions. Le travailleur social peut s'entretenir séparément avec la personne qui s'occupe de l'enfant au cours d'une session qui lui est réservée. La colère est une émotion humaine normale, qui peut être indispensable à la guérison de la personne qui s'occupe de l'enfant ; cette dernière doit néanmoins, avec l'aide du travailleur social, tâcher de gérer cette colère, et de la canaliser de façon plus positive, notamment en présence de l'enfant.

Fin de la session : Avant de mettre fin à la session, le travailleur social doit passer en revue les informations dont il/elle a discuté avec l'enfant et la personne qui s'occupe de l'enfant, puis demander aux deux parties ce qui, selon elles, a été le plus utile au cours de la session. Il est également essentiel de demander à l'enfant et la personne qui s'occupe de l'enfant s'ils/elles ont des questions sur les informations fournies au cours de la session. Avant le départ de l'enfant et la personne qui s'occupe de l'enfant, offrez-leur la possibilité de participer à une autre session d'éducation la semaine suivante, s'il y a lieu.

2E INTERVENTION : L'INITIATION À LA RELAXATION⁷⁹

Les travailleurs sociaux peuvent enseigner aux enfants de nouvelles méthodes pour gérer leur stress afin d'atténuer leurs symptômes physiologiques, tels que les palpitations cardiaques, les difficultés à dormir ou à se concentrer, la colère, l'anxiété, etc. D'après les études menées, les enfants tendent à exprimer leur stress physiquement. Ils peuvent par exemple se plaindre de symptômes physiques (des maux de tête, des maux d'estomac, des nausées, des douleurs indéfinissables) lorsqu'ils subissent un stress émotionnel. Cela ne veut pas dire que leurs symptômes physiques ne sont réels ; ils sont tout à fait réels. Il peut s'avérer utile d'expliquer aux enfants les répercussions du stress émotionnel sur l'organisme. En apprenant des techniques de relaxation, les enfants acquièrent des outils qui peuvent les aider à atténuer leurs symptômes physiques.

Dans cette section, nous présentons deux techniques de relaxation que les travailleurs sociaux peuvent enseigner aux enfants et aux personnes qui s'occupent des enfants. Veuillez noter que ces techniques peuvent ne pas fonctionner avec tous les enfants. Nous conseillons aux prestataires de services de déterminer quelles activités locales peuvent être mises en avant pour aider les enfants à se détendre. En voici quelques exemples : dire une prière ; regarder la flamme vacillante d'une bougie ; danser et chanter ; et/ou toute autre technique qui peut aider l'enfant à se détendre physiquement et mentalement. Les deux techniques de relaxation décrites dans cette section sont :

- » la « respiration abdominale » contrôlée ;
- » la relaxation corporelle.

⁷⁹ La plupart des contenus et des interventions présentés dans cette section sont extraits du modèle de thérapie cognitivo-comportementale axée sur le traumatisme (Trauma Focused Cognitive Behavioral Therapy) mis au point pour les enfants ayant subi des violences sexuelles. Pour plus d'informations, veuillez consulter le site : <http://tfcbt.musc.edu/modules/breathing/technique/index.php?f=4>.

TECHNIQUE DE RELAXATION : LA « RESPIRATION ABDOMINALE » CONTRÔLÉE

Contrôler sa respiration est une technique utile pour aider les enfants et les adultes à gérer leur anxiété et leur stress. Elle est généralement enseignée aux enfants pour leur donner les moyens de faire face aux pensées et situations stressantes qu'ils peuvent avoir/rencontrer suite à l'agression sexuelle. L'objectif de cette technique de relaxation est d'amener les enfants à se concentrer sur leur respiration, afin de respirer lentement et profondément, et donc de détendre leur corps. La respiration contrôlée leur apprend plusieurs choses. Tout d'abord, les enfants apprennent qu'ils peuvent contrôler certaines de leurs fonctions automatiques. Ils découvrent également qu'ils peuvent faire disparaître ou atténuer les sentiments de tension ou d'anxiété. Enfin, ils prennent conscience qu'en se concentrant sur leur mode de respiration, ils peuvent se libérer de pensées ou d'images déplaisantes. L'un des avantages des techniques telles que la respiration contrôlée est que les travailleurs sociaux peuvent montrer aux enfants ce qu'il faut faire, mais aussi suivre de près les progrès accomplis par ces derniers. Voici les différentes étapes à suivre pour enseigner la respiration contrôlée aux enfants :

ÉTAPE 1

EXPLIQUER LA TECHNIQUE DE LA RESPIRATION ABDOMINALE.

Les travailleurs sociaux doivent expliquer aux enfants la raison pour laquelle il est conseillé d'apprendre une technique de respiration. Ils peuvent par exemple employer les mots suivants :

« Aujourd'hui, nous allons apprendre une technique pour se calmer et de contrôler sa nervosité et son angoisse. Je vais te montrer une activité de respiration qui peut t'aider à calmer ton corps et ton esprit. Quand nous sommes angoissés, nous avons tendance à respirer plus vite, et moins profondément. Il n'y a donc pas assez d'air qui rentre dans nos poumons, ce qui nous donne l'impression de perdre le contrôle de notre corps. Si tu fais cet exercice de respiration quand tu es angoissé(e), cela t'aidera à faire entrer plus d'air dans tes poumons. Contrôler ta respiration t'aidera à détendre ton corps et ton esprit. En plus, c'est une technique que tu peux utiliser à tout moment, et partout. Quand tu y arriveras bien, nous montrerons aussi à tes parents comment faire. »



ÉTAPE 2

MONTRER LA TECHNIQUE.

Les travailleurs sociaux doivent montrer à l'enfant comme expirer et inspirer lentement. Pour respirer de façon contrôlée, il faut :

- » prendre une position confortable (s'allonger, ou s'asseoir confortablement sur une chaise) ;
- » se concentrer sur sa respiration, en inspirant et en expirant par le nez. Une main doit être positionnée sur l'estomac, la seconde sur la poitrine. Lors de l'inspiration, la main placée sur l'estomac doit « monter », tandis que lorsque l'on expire, la main doit « descendre ». La main placée sur la poitrine doit rester immobile.

ÉTAPE 3

DEMANDER À L'ENFANT D'ESSAYER.

- » Certains enfants peuvent avoir envie de s'allonger au sol avec un petit jouet ou un petit objet sur le ventre. À chaque respiration, l'objet doit monter et descendre ;
- » N'oubliez pas de féliciter l'enfant lorsqu'il/elle s'exerce. Une fois que l'enfant s'est entraîné(e) à respirer plusieurs fois, demandez-lui de respirer plus lentement lorsqu'il/elle expire. Il peut être utile de compter pendant que l'enfant respire, en disant :
 - « Respire d'abord lentement et profondément par le nez. Compte 1...2...3 et regarde ton estomac, et non pas tes épaules, se soulever. Puis expire en comptant 1...2...3...4...5 et regarde ton estomac baisser. » ;
- » Une fois que l'enfant parvient à prendre un rythme de respiration, demandez-lui de choisir un mot auquel il devra penser en expirant. « Calme » ou « détente » sont de bons exemples. Dites à l'enfant d'essayer de penser uniquement à sa respiration et à ce mot. Si d'autres pensées lui viennent à l'esprit, il/elle doit essayer de se les représenter en train de flotter et disparaître ;
- » **Donnez-lui des devoirs !** Demandez à l'enfant de pratiquer la respiration contrôlée tous les jours, pendant 10 minutes. Les enfants peuvent s'exercer le soir, avant de s'endormir, ou à tout autre moment qui leur convient. Les enfants plus âgés peuvent noter leurs entraînements à la maison sur un formulaire, puis en discuter ultérieurement avec le travailleur social. Le travailleur social doit aider l'enfant à décider où et quand ces entraînements seront effectués, en tâchant de déterminer ce qui pourrait l'empêcher de s'entraîner seul(e). Au départ, les sessions d'entraînement doivent être effectuées lorsque l'enfant est calme et parvient à se concentrer, et non pas lorsqu'il/elle est stressé(e) ou anxieux(se).

CONSEIL : FAITES PARTICIPER LES PARENTS/PERSONNES QUI S'OCCUPENT DE L'ENFANT !



La respiration abdominale contrôlée peut également être enseignée aux parents, afin que ces derniers puissent aider leur enfant à s'entraîner à la maison. Par ailleurs, cette technique leur est souvent bénéfique, compte tenu du niveau élevé de stress qu'ils peuvent ressentir. Parents et enfants peuvent apprendre la même technique de respiration contrôlée. Pour renforcer la compétence des enfants, ces derniers peuvent aider le travailleur social, au cours de la session, à enseigner la technique à leurs parents.

OUTIL DE RELAXATION : LA RELAXATION CORPORELLE.

Enfants et adultes peuvent utiliser cet outil pour détendre leur corps et réduire leur tension musculaire. La relaxation corporelle est particulièrement utile aux enfants et aux adultes qui ont des difficultés à s'endormir, ou qui présentent des symptômes physiques d'anxiété. Pour enseigner cette technique, on demande généralement aux personnes de tendre puis de relâcher leurs muscles, en alternance. En constatant la différence, les enfants apprennent à reconnaître les sensations de tension, et à les neutraliser. Il existe de nombreuses façons d'apprendre aux enfants les techniques de relaxation, parmi lesquelles certaines dépendent de l'âge de l'enfant. Nous présenterons plusieurs de ces méthodes dans cette section ; toutefois, les travailleurs sociaux ne doivent pas hésiter à faire preuve de créativité pour apprendre aux enfants à se détendre. Les jeux, la danse, la musique et d'autres activités peuvent être utilisés pour enseigner la technique.



Photo : IStockPhoto.com

TECHNIQUE DE RELAXATION : LA RELAXATION CORPORELLE.

Enfants et adultes peuvent utiliser cet outil pour détendre leur corps et réduire leur tension musculaire. La relaxation corporelle est particulièrement utile aux enfants et aux adultes qui ont des difficultés à s'endormir, ou qui présentent des symptômes physiques d'anxiété. Pour enseigner cette technique, on demande généralement aux personnes de tendre puis de relâcher leurs muscles, en alternance. En constatant la différence, les enfants apprennent à reconnaître les sensations de tension, et à les neutraliser. Il existe de nombreuses façons d'apprendre aux enfants les techniques de relaxation, parmi lesquelles certaines dépendent de l'âge de l'enfant. Nous présenterons plusieurs de ces méthodes dans cette section ; toutefois, les travailleurs sociaux ne doivent pas hésiter à faire preuve de créativité pour apprendre aux enfants à se détendre. Les jeux, la danse, la musique et d'autres activités peuvent être utilisés pour enseigner la technique.

ÉTAPE 1

EXPLIQUER LA RELAXATION CORPORELLE.

Les travailleurs sociaux doivent expliquer en quoi consiste la relaxation corporelle, et pourquoi elle est importante. Ils peuvent par exemple employer les mots suivants :



Parfois, on se sent un petit peu effrayé ou nerveux. Lorsqu'on a ces sentiments, notre corps peut se contracter. C'est une sensation désagréable, et qui peut parfois être douloureuse. Pour t'aider à évacuer cette tension, nous allons t'apprendre à détendre ton corps. Cela peut t'aider à te sentir plus souple et plus calme. »

ÉTAPE 2

GUIDER L'ENFANT TOUT AU LONG DE L'EXERCICE DE RELAXATION CORPORELLE.

Les travailleurs sociaux doivent avoir reçu une formation sur la relaxation corporelle (et savoir comment pratiquer cet exercice) pour pouvoir l'expliquer efficacement. Ils peuvent guider les enfants en suivant les instructions suivantes :

1. Demandez à l'enfant de s'asseoir confortablement. Il/elle peut aussi s'allonger. L'enfant doit être installé(e) le plus confortablement possible. Proposez-lui de fermer les yeux, s'il/elle le souhaite ;

2. Dites-lui « Inspire et expire profondément par le nez. Encore une fois. Tu es en train de contracter et relâcher des muscles spécifiques de ton corps. Concentre-toi sur ce que tu ressens dans tes muscles, et surtout sur la différence entre les muscles contractés et les muscles relâchés. Après avoir été tendu, le muscle semble plus relâché » ;
3. Lisez ce texte à l'enfant :

« Concentre-toi d'abord sur les muscles principaux des jambes. Contracte tous les muscles de tes jambes. Tu remarques combien les muscles de tes jambes sont contractés et tendus maintenant ? Tiens encore quelques instants... puis relâche. Laisse aller toute la tension. Tu peux sentir tes muscles devenir mous, lâches et détendus. Tu as vu comme tes muscles sont détendus maintenant ? Est-ce que tu sens la différence entre la tension et la relaxation ? Profite de la sensation agréable de relaxation que tu ressens dans tes jambes.



Maintenant, concentre-toi sur les muscles de tes bras. Contracte tes épaules, tes avant-bras, tes bras et tes mains. Serre les poings. Contracte les muscles de tes bras et tes mains le plus fort possible. Serre plus fort...encore plus fort...maintiens la tension dans tes bras, tes épaules et tes mains. Sens la tension dans ces muscles. Tiens encore quelques instants... puis relâche. Laisse les muscles de tes épaules, tes bras et tes mains se détendre. Tu sens comme tu es détendu(e) quand tu baisses les épaules pour reprendre une position confortable, et quand tes mains sont relâchées le long de ton corps ? Laisse les muscles de tes bras se détendre complètement.

Concentre-toi de nouveau sur ta respiration ; respire lentement, de façon régulière. Inspire et détends-toi. Expire et évacue la tension. Inspire et détends-toi. Expire et évacue la tension. Continue à inspirer et expirer lentement.

Maintenant, contracte tous les muscles de ton dos. Tire les épaules en arrière, et contracte tous tes muscles autour de la colonne vertébrale. Courbe légèrement le dos en même temps. Tiens...et relâche. Laisse aller toute la tension. Sens ton dos se détendre de façon agréable et reprendre une bonne position.

Concentre-toi maintenant sur les muscles de ta poitrine et de ton estomac. Contracte et tends tous ces muscles. Contracte encore plus fort...maintiens la tension...puis relâche. Relâche les muscles de ta poitrine et de ton estomac.

Enfin, contracte tous les muscles de ton visage. Plisse les yeux, fais la grimace et contracte les muscles de tes joues et ton menton. Maintiens cette tension dans ton visage...puis relâche. Libère toute la tension. Tu sens comme ton visage est détendu ?

Essaie de penser à tous les muscles de ton corps... Tu vois comme ils sont détendus ? Laisse aller les dernières tensions. Apprécie l'état de relaxation que tu ressens. Regarde comme tu respires calmement, comme tes muscles sont détendus. Profite de cette relaxation pendant quelques instants. »

ÉTAPE 3

Lorsque l'enfant est prêt(e) à retrouver sa vivacité et sa conscience habituelles, invitez-le/la à réveiller son corps lentement. Il/elle peut agiter ses doigts et ses orteils, balancer les bras doucement ou étirer ses bras et ses jambes ;

ÉTAPE 4

Encouragez l'enfant à pratiquer cet exercice de relaxation à la maison avant de s'endormir.

EXPLIQUER LA RELAXATION CORPORELLE AUX JEUNES ENFANTS

Les jeunes enfants ne sont pas en mesure de suivre des instructions détaillées. Par conséquent, les travailleurs sociaux doivent faire preuve de créativité pour leur enseigner des techniques de relaxation corporelle. Ils peuvent par exemple leur apprendre la relaxation en comparant le corps à une nouille ou un haricot cru (ou tout autre aliment plus approprié dans le contexte local).

Voici un exemple dans lequel le travailleur social évoque un haricot cru :



- » « As-tu déjà vu des haricots qui n'ont pas encore été cuisinés ? À quoi ils ressemblent ? Ils sont très raides. Et comment sont les haricots lorsqu'ils sont cuits ? À quoi ils ressemblent ? Ils sont mous et pâteux. Nous allons faire semblant d'être des haricots cuits et crus ! D'abord, nous allons faire semblant que nous sommes des haricots crus ; nous allons être très raides et tendus, et nous tenir très droits. Ensuite, nous dirons que nous sommes des haricots cuits, lâches, détendus et mous. Essayons encore une fois (répéter, en veillant à ce que l'enfant suive) : Nous sommes des haricots crus... très bien, maintenant des haricots cuits... puis des haricots crus... laissez passer quelques secondes, puis dites haricots cuits... » (vous pouvez recommencer plusieurs fois).

FAIRE PARTICIPER LES PARENTS.

La relaxation corporelle peut également être enseignée aux parents, afin que ces derniers puissent aider leur enfant à s'entraîner à la maison. Par ailleurs, cette technique leur est également bénéfique, compte tenu du niveau élevé de stress qu'ils peuvent ressentir. Parents et enfants peuvent apprendre les mêmes techniques de relaxation corporelle. Pour renforcer leurs aptitudes, les enfants peuvent aider le travailleur social à enseigner la technique aux parents au cours de la session.



Illustration de Abdifatah Abdukadir Osman

3E INTERVENTION : DÉVELOPPER LES CAPACITÉS D'ADAPTATION DE L'ENFANT

Les répercussions de la violence sexuelle peuvent être difficiles à gérer pour les enfants survivants. Ils peuvent ressentir de la honte et de la tristesse ; refuser d'aller à l'école, et passer beaucoup de temps seuls ; ou avoir des difficultés à trouver les personnes et les ressources adéquates pour les aider à faire face aux conséquences de la violence sexuelle. Les enfants doivent garder à l'esprit qu'ils sont forts, et qu'ils sont capables de guérir, de se remettre et de vivre heureux et en bonne santé. Nous pouvons leur enseigner des techniques permettant de détendre le corps et l'esprit, mais les travailleurs sociaux doivent également les aider à mettre au point une stratégie d'adaptation prévoyant un soutien social et des activités centrées sur leurs intérêts et leurs points forts. Par le biais de cette stratégie, les travailleurs sociaux peuvent encourager les enfants à participer à des activités positives auxquelles ils aiment s'adonner. Plus les enfants sont actifs, plus leur humeur est bonne, et plus ils sont susceptibles de retrouver un

fonctionnement normal (aller à l'école, jouer avec ses amis, parler aux autres, etc.). Si, au cours de l'évaluation, les enfants ont indiqué avoir des sentiments négatifs, le travailleur social peut poser une série de questions pour les aider à mettre au point une stratégie d'adaptation.

LE PROCESSUS D'ÉLABORATION DE LA STRATÉGIE D'ADAPTATION EN 3 ÉTAPES

- » **Étape 1** : Posez la question suivante aux enfants : « Quand tu ressens ces sentiments (par ex. la peur, la tristesse etc.), à qui peux-tu parler ? » (Demandez aux enfants de désigner les personnes avec lesquelles ils sont à l'aise pour discuter) ;
- » **Étape 2** : Identifiez les activités que les enfants apprécient. En vous référant aux points forts des enfants, posez-leur la question suivante : « Comment te sens-tu quand tu fais ces choses-là ? » Les travailleurs sociaux doivent aider les enfants à identifier les sentiments positifs (la joie, la détente etc.) qu'ils ressentent lorsqu'ils prennent part à des activités familiales et communautaires agréables ;
- » **Étape 3** : À partir des réponses des enfants, le travailleur social peut élaborer un plan avec l'enfant pour impliquer/exploiter les personnes, les activités, les intérêts et les autres points forts identifiés pour aider l'enfant lorsqu'il/elle en a besoin. Le travailleur social peut demander à la personne qui s'occupe de l'enfant d'aider l'enfant à mettre ce plan en œuvre. Il/elle peut assurer le suivi lors d'un entretien ultérieur, en demandant à l'enfant et la personne qui s'occupe de l'enfant s'ils/elles ont essayé de suivre le plan, et si cela a aidé l'enfant à se sentir mieux.

Les travailleurs sociaux peuvent initier plusieurs activités utiles avec les enfants pour les aider à identifier leurs propres points forts et intérêts, notamment :

- » discuter/dessiner/jouer avec les enfants pour les aider à identifier les personnes avec lesquelles ils se sentent en sécurité, et qui les soutiennent. Assurez-vous qu'ils savent comment situer ces personnes ;
- » discuter/dessiner/jouer avec les enfants pour obtenir des informations sur leur foi et leurs croyances spirituelles. Aidez-les à renouer avec la religion lorsqu'ils se sentent isolés ;
- » discuter/dessiner/jouer avec les enfants pour obtenir des informations sur ce qu'ils font lorsqu'ils se sentent tristes. Tâchez de déterminer quels types d'activité les rendent heureux, et qui sont leurs amis et les personnes avec lesquelles ils se sentent en sécurité ;
- » encourager et aider les enfants à reconnaître leurs propres points forts. Félicitez-les. Les enfants ont besoin de se considérer comme des êtres humains capables, qui méritent d'être aimés, heureux et protégés.

4E INTERVENTION : RÉSOUDRE LES PROBLÈMES

Au cours de l'évaluation psychosociale, les enfants peuvent mentionner des difficultés ou problèmes auxquels ils sont confrontés au quotidien. Ils peuvent éprouver des difficultés à se sentir acceptés par un parent ou leurs amis, ou à retourner l'école. Les enfants peuvent être confrontés à des problèmes divers et variés, qui ne sont probablement pas tous directement liés aux violences sexuelles subies. D'autres facteurs peuvent également être mis en cause : les problèmes financiers familiaux ; l'alcoolisme au sein du foyer ; la déscolarisation prolongée de l'enfant ; l'exercice d'une activité professionnelle dangereuse pour l'enfant ; ou la vie dans la rue. Il est malgré tout essentiel de prendre le temps d'écouter les enfants, et de leur donner l'opportunité de parler de leurs problèmes. Tout au long de l'évaluation des besoins psychosociaux, les travailleurs sociaux évaluent les principales difficultés des enfants puis, grâce aux informations obtenues, les aident à agir pour résoudre les problèmes les plus importants. Ils peuvent ensuite suivre les étapes suivantes, faciles à mettre en œuvre, pour aider les enfants à identifier leurs capacités à contribuer à la résolution de leurs problèmes, tout en leur apportant un soutien total au cours du processus.

ÉTAPE 1

IDENTIFIER LES PROBLÈMES QUI INQUIÈTENT LE PLUS L'ENFANT.

Le travailleur social peut poser des questions telles que : « Qu'est-ce qui t'inquiète le plus actuellement ? » ou « Quels problèmes as-tu en ce moment ? » (Ces informations doivent être inscrites dans la première section du formulaire d'évaluation.) Certains enfants peuvent avoir des difficultés à répondre à ces questions. Le travailleur social peut alors se référer aux informations recueillies lors de l'évaluation initiale. Il peut par exemple dire : « Quand nous avons discuté la première fois, tu m'as dit que tu n'allais pas à l'école en ce moment, mais que c'était une activité que tu aimais. Est-ce que tu peux m'expliquer pourquoi tu ne vas pas à l'école ? »

En fonction des problèmes identifiés, le travailleur social peut avoir besoin de déterminer quels problèmes sont directement liés à l'agression sexuelle, et d'élaborer un plan avec l'enfant pour résoudre ces problèmes. Il est également important de tenir compte des préoccupations plus générales ayant trait au bien-être de l'enfant. Le travailleur social peut soit fournir des conseils à l'enfant, pour lui indiquer comment faire face à ces difficultés, soit l'orienter, si nécessaire, vers d'autres organismes pour qu'il/elle reçoive les services et le soutien qui n'entrent pas dans son champ de compétence.

ÉTAPE 2

CLASSER LES PROBLÈMES PAR ORDRE DE PRIORITÉ.

Lorsque plusieurs problèmes sont détectés lors de l'évaluation, il y a des chances que certains d'entre eux puissent être résolus grâce à des techniques anti-stress, des séances d'éducation thérapeutique et des interventions visant à développer les capacités d'adaptation de l'enfant ; dans le cas contraire, l'enfant doit être adressé(e) à d'autres services afin de recevoir un soutien approprié. Le travailleur social doit collaborer avec l'enfant afin de traiter en priorité les problèmes qui inquiètent le plus ce dernier/cette dernière, et peuvent être résolus à un certain niveau d'intervention. Selon la nature de ces problèmes, le travailleur social doit déterminer s'il est nécessaire d'orienter l'enfant vers d'autres organismes, ou si le problème peut être résolu grâce aux interventions psychosociales. Par exemple, si l'enfant craint d'être rendu(e) responsable de l'agression sexuelle par sa famille, le travailleur social peut offrir des sessions d'éducation thérapeutique aux personnes qui s'occupent de l'enfant, et réfléchir avec le/la bénéficiaire à d'autres mesures possibles pour résoudre ce problème. Dans d'autres situations, il peut être nécessaire d'adresser l'enfant à d'autres organismes. Par exemple, s'il n'y a aucun adulte qui s'occupe de l'enfant, le travailleur social doit informer les services de protection de l'enfance. Généralement, dans le cadre des interventions directes, les travailleurs sociaux doivent limiter le nombre de problèmes à trois ou moins, et veiller à ce que des mesures concrètes puissent être prises pour les résoudre.

Le travailleur social peut proposer à l'enfant un exercice pour l'aider à classer ses problèmes par ordre de priorité. La première étape consiste à dresser une liste de tous les problèmes rencontrés par l'enfant, et identifiés au cours de l'évaluation. Le travailleur social et/ou l'enfant peuvent écrire/dessiner chacun de ces problèmes sur un morceau de papier, ou utiliser un symbole pour chacun d'eux (par ex. un livre pour représenter l'école). Ils/elles placent ensuite ces papiers ou symboles sur une table ou sur le sol. Le travailleur social demande alors à l'enfant de désigner, dans l'ensemble de la liste, les 3 à 5 problèmes qu'il/elle considère comme étant les plus importants. Si les problèmes sont inscrits/dessinés sur un morceau de papier, l'enfant peut identifier les principaux problèmes en traçant un signe distinctif. Si les problèmes sont représentés par un symbole, l'enfant peut attraper les objets correspondant aux principaux problèmes, et les placer ailleurs.

Il se peut que les problèmes jugés prioritaires par l'enfant ne soient pas les plus importants aux yeux du travailleur social ; les choix de l'enfant lui donnent néanmoins d'importantes indications sur son expérience et, à ce titre, ne doivent pas être ignorés. L'étape suivante peut consister, pour le travailleur social, à classer par ordre de priorité les 3 à 5 problèmes qui lui semblent les plus importants. Il peut y avoir des recouvrements entre la liste de l'enfant et celle du travailleur

social ; ces problèmes sont ceux qui doivent être résolus. Dans les situations où le travailleur social définit des priorités différentes, une discussion doit être engagée avec l'enfant pour parler de ces différences et justifier les choix effectués. Lorsque les différences sont minimales, tous les problèmes peuvent être inclus dans le plan de résolution des problèmes. En revanche, si les deux listes diffèrent de façon significative, un nouveau classement peut être effectué pour tenir compte à la fois du classement initial de l'enfant et de celui du travailleur social.

ÉTAPE 3

ÉLABORER UN PLAN DE RÉOLUTION DES PROBLÈMES AVEC L'ENFANT.

Le processus de résolution des problèmes se compose de plusieurs étapes simples. La première consiste à identifier le problème ; la seconde à définir un objectif (en d'autres termes, déterminer ce à quoi la vie de l'enfant ressemblerait si le problème était résolu) ; et la troisième à réfléchir à toutes les solutions possibles pour résoudre le problème, ainsi qu'aux solutions qui peuvent être mises en œuvre par l'enfant, la personne qui s'occupe de l'enfant, les travailleurs sociaux ou d'autres personnes en mesure d'apporter leur aide. Ces différentes étapes doivent être concrètes et spécifiques. Voici un exemple :

DESCRIPTION DU CAS

Alisha a peur que son père soit en colère en découvrant, de retour à la maison, qu'elle a été violée. Elle craint qu'il la chasse de la maison. Jusque là, Alisha entretenait de bonnes relations avec son père, et sa mère lui apporte son soutien. Alisha a par ailleurs indiqué avoir des problèmes à l'école ; ses camarades de classe l'ignorent, et elle est exclue des activités récréatives organisées à l'école et hors du cadre scolaire. Cette situation dure depuis longtemps.

PRINCIPAUX PROBLÈMES ET OBJECTIFS

1. Le père d'Alisha la punira parce qu'elle a été violée. Objectifs d'Alisha : être acceptée et ne pas être blâmée par son père ; et être heureuse à la maison.
2. Alisha est exclue des activités récréatives organisées par ses camarades de classe. Objectifs d'Alisha : être acceptée par ses camarades de classe, et participer aux activités récréatives.

SOLUTIONS POSSIBLES (IMAGINÉES PAR LE TRAVAILLEUR SOCIAL ET ALISHA)

- » Alisha confie ses craintes à sa mère.
- » Le travailleur social et la mère d'Alisha s'assoient avec le père pour lui expliquer la situation.

6 LES INTERVENTIONS PSYCHOSOCIALES AUPRÈS DES ENFANTS SURVIVANTS

- » Impliquer une personne que le père respecte et en qui il a confiance pour dire à ce dernier ce qui s'est passé.
- » Prévoir un plan de secours pour Alisha au cas où son père la contraint à quitter le foyer.
- » Aider Alisha à surmonter ses inquiétudes permanentes concernant son père.

PLAN DE RÉOLUTION DES PROBLÈMES

À partir des solutions envisageables imaginées, Alisha et le travailleur social ont décidé de prendre les mesures suivantes pour résoudre le problème. Il existe différentes façons d'aider les enfants à élaborer un plan pour résoudre les problèmes mentionnés. Le plan de résolution des problèmes d'Alisha est fourni ci-dessous :

PLAN DE RÉOLUTION DES PROBLÈMES D'ALISHA

PROBLÈME	OBJECTIF	SOLUTIONS	QUAND ?	QUI ?
LE PÈRE D'ALISHA LA PUNIRA PARCE QU'ELLE A ÉTÉ VIOLÉE.	Le père d'Alisha accepte sa fille et ne la tient pas pour responsable.	Discuter de la crainte d'Alisha.	La semaine prochaine.	Le travailleur social, la mère d'Alisha et Alisha
		Rencontrer le père en présence d'une personne de confiance.	Lorsqu'il rentre chez lui.	Le travailleur social et la mère d'Alisha.
		Sensibiliser le père pour l'aider à accepter et comprendre ce qui s'est passé.	Lorsqu'il rentre chez lui, et 3 fois supplémentaires après la première réunion.	Le travailleur social et la mère d'Alisha, si elle le souhaite.
		Élaborer un plan de secours...	À la réunion suivante.	Le travailleur social et Alisha.

PROBLÈME	OBJECTIF	SOLUTIONS	QUAND ?	QUI ?
ALISHA EST EXCLUE DES ACTIVITÉS RÉ-CRÉATIVES	Les camarades de classe acceptent Alisha, et l'invitent à participer aux activités.	Adresser Alisha à l'enseignant.	Aujourd'hui.	Le travailleur social.
ÉNUMÉRER ICI LES PROBLÈMES SUPPLÉMENTAIRES				

Le plan de résolution des problèmes peut se présenter sous différentes formes. Il peut s'agir d'un tableau, comme dans l'exemple ci-dessus, ou d'une simple liste. Les travailleurs sociaux et les enfants peuvent utiliser des dessins ou des symboles, en lieu et place des mots, pour décrire le problème, les objectifs et les étapes vers la résolution du problème.

CONCLUSION

Dans ce chapitre, nous avons expliqué comment évaluer de façon plus approfondie les besoins psychosociaux des enfants et des familles, et fourni des exemples d'interventions psychosociales ciblées adaptées aux enfants. C'est dans les contextes stables, où les travailleurs sociaux peuvent rencontrer les bénéficiaires de façon régulière, que les interventions psychosociales directes auprès des enfants et des familles sont les plus efficaces. En effet, pour évaluer les besoins psychosociaux et fournir des services appropriés, le travailleur social a besoin de rencontrer l'enfant (et les membres de la famille, s'il y a lieu) régulièrement sur une période donnée.

Les travailleurs sociaux doivent discuter avec leurs superviseurs de ce qu'il convient de faire après chaque réunion avec l'enfant bénéficiaire. Cela permet en effet de réfléchir à ce qui a fonctionné ou n'a pas fonctionné, et d'initier un processus de supervision du cas si des difficultés se présentent au cours de l'évaluation ou des interventions psychosociales.

Évaluation psychosociale de l'enfant et la famille

1^{re} PARTIE : Informations administratives

Code du/de la survivant(e) :

Code du travailleur social :

Date

Heure :

Lieu :

2^e PARTIE : Préoccupations et problèmes principaux

Pour cette 2^e partie, les déterminer quels sont l'état actuel de l'enfant

s de dessin avec les enfants pour tâcher de bies. Ils doivent décrire dans ce champ

3^e PARTIE : Contexte familial, social et spirituel

Situation familiale et conditions de vie : *orientations pour l'évaluation : où vit l'enfant ? (Où dort-il/elle, mange-t-il/elle, quels lieux fréquente-t-il/elle ?) Qui vit dans la maison et rend souvent visite ? Combien a-t-il/elle de frères et sœurs ? L'enfant semble-t-il/elle heureux(se) dans son foyer ? L'enfant peut-il/elle jouer librement ? Où ? L'enfant semble-t-il/elle avoir peur de ses parents/tuteurs, ou de ses frères et sœurs, et/ou ne pas être proche d'eux ? L'enfant est-il/elle traité(e) différemment des autres enfants de la famille ?*

Soutien social *(amis, école, participation à la vie sociale et communautaire)*

Vie spirituelle/religieuse :

Autres remarques : (par ex., risques de sécurité identifiés, etc.)

4^e PARTIE : Évaluation du fonctionnement de l'enfant

INSTRUCTIONS : Le travailleur social doit interroger l'enfant bénéficiaire dans une pièce privée et confidentielle. Voici ce qu'il faut dire à l'enfant : Je vais te lire quelques phrases. Ce sera à toi de me dire si ces phrases sur toi sont VRAIES ou pas depuis _____
[décrire l'incident de violence... par ex. : depuis que tu as été violé(e)]

<i>Vous ne pouvez cocher qu'une seule case.</i>	OUI	NON	COMMENTAIRES
1. Je ne vois pas mes amis aussi souvent qu'avant.			
2. J'ai arrêté mes activités quotidiennes (par ex. l'école).			
3. Je me dispute plus souvent avec les gens.			
4. J'ai du mal à aller me coucher ou à rester endormi(e).			
5. J'ai des douleurs dans le corps, à l'estomac, à la tête ou ailleurs.			
6. J'ai peur que quelque chose de mal arrive.			
7. Je me sens triste et pessimiste.			
Score total :			

5^e PARTIE : Évaluation de la personne qui s'occupe de l'enfant (si possible)

Que savez-vous de l'agression et de ce qui s'est passé ?	
Que ressentez-vous par rapport à l'agression et à ce qui s'est passé ?	
Quels changements avez-vous observés chez votre enfant depuis l'agression ?	

Selon vous, qu'est-ce qui peut aider votre enfant dans l'immédiat ?	
Quels sont vos principales craintes et vos principaux besoins dans l'immédiat ?	

6^e PARTIE : Points forts de l'enfant et la famille

Points forts/facteurs de protection de l'enfant

(les choses que l'enfant aime faire, les relations positives qu'il/elle entretient avec les personnes qui s'occupent de lui/elle, les personnes en qui il/elle a confiance et qui le/la soutiennent, la capacité à résoudre les problèmes, l'espoir, le rire, etc.)

Points forts/facteurs de protection de la personne qui s'occupe de l'enfant et de la famille

(les relations fortes et positives avec l'enfant, les autres membres de la famille, la capacité à faire face au stress, le soutien social et communautaire, l'emploi/le revenu)

7^e PARTIE : Évaluation psychosociale et élaboration du plan d'action (section réservée au travailleur social)

Questions d'évaluation	Oui	Non	N/A	Plan d'action pour l'intervention (préciser les mesures à prendre, les responsabilités et le calendrier)
<p>1. L'enfant a-t-il/elle mentionné des problèmes de fonctionnement ? (Se reporter aux items 1-3 de la 4^e partie).</p> <p>Si oui : interventions nécessaires :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Résolution des problèmes 2. Éducation thérapeutique 3. Initiation à la relaxation 				

CONFIDENTIEL

2. L'enfant a-t-il/elle indiqué être anxieux(se) ou inquiet(ète) ? (Se reporter aux items 4-6 de la 4^e partie).

Si oui : interventions nécessaires :

1. Initiation à la relaxation
 2. Éducation thérapeutique
- Résolution des problèmes (si nécessaire)

3. L'enfant a-t-il/elle indiqué avoir des sentiments négatifs ? (Se reporter aux items 7-8 de la 4^e partie).

Si oui : interventions nécessaires :

1. Processus d'adaptation en 3 étapes
2. Éducation thérapeutique
3. Initiation à la relaxation

Énumérer les points forts (de l'enfant et la famille) qui peuvent favoriser la guérison de l'enfant. (école, activités, sens de l'humour etc).

Autres types de besoin identifiés lors de l'évaluation et qui nécessitent une intervention (directe et/ou référence) (autres que ceux mentionnés précédemment)

Besoin identifié :

Plan d'action (préciser les mesures à prendre, les responsabilités et le calendrier).

Prochain rendez-vous de suivi programmé (date/heure) _____



Chapitre VII

MEILLEURES PRATIQUES DE COORDINATION DES CAS ENTRE LES PRESTATAIRES DE SERVICES

Ce chapitre s'adresse aux prestataires de services qui interviennent auprès d'enfants ayant subi des violences sexuelles.

CONTENU DE CE CHAPITRE

» Description succincte des meilleures pratiques de coordination des cas

OUTILS

» Indicateurs de meilleures pratiques pour la coordination directe des cas

APERÇU DU CHAPITRE

Ce chapitre décrit les meilleures pratiques à adopter pour assurer la coordination directe des cas, afin d'éviter de porter atteinte à la santé et au bien-être des enfants survivants lors de la coordination des soins. Dans le cadre de la prise en charge des enfants survivants, des prestataires de services compétents doivent dispenser des soins et un traitement appropriés, et assurer une coordination efficace des cas entre les différents prestataires. Ce chapitre décrit les meilleures pratiques de coordination des cas, et présente une série d'indicateurs qui peuvent servir de référence chaque fois que des efforts de coordination sont déployés pour défendre l'intérêt de l'enfant, assurer sa protection et protéger son anonymat.

MEILLEURES PRATIQUES EN MATIÈRE DE COORDINATION DES CAS IMPLIQUANT DES ENFANTS

3. Élaborer des protocoles interagences locaux régissant les interventions face à la violence sexuelle à l'égard des enfants

Des protocoles interagences⁸⁰ décrivant les mécanismes de référence et les procédures d'intervention, ainsi que les rôles et responsabilités des différents organismes, doivent être élaborés et signés par tous les acteurs concernés à l'échelle locale. Des directives relatives à l'élaboration de tels protocoles ont été mises au point par l'IASC Sub-Working Group on Gender & Humanitarian Action⁸¹; les protocoles convenus dans les domaines de la VBG et de la protection de l'enfance sont élaborés et utilisés de façon standard dans la plupart des situations de crise humanitaire. Idéalement, les protocoles inter-agences régissant les interventions dans les domaines de la VBG et/ou de la protection de l'enfance doivent énoncer les procédures spécifiques à suivre pour travailler auprès d'enfants ayant subi des violences sexuelles. Les différents acteurs doivent notamment s'entendre sur les points suivants :

- les rôles et responsabilités des différents acteurs impliqués dans la prévention ou l'intervention face à la violence sexuelle à l'égard des enfants (par ex. les services) ;
- une série de principes directeurs régissant les interventions auprès d'enfants ayant subi des violences sexuelles ;
- des mécanismes de signalement et de référence spécifiques aux enfants survivants (il convient notamment d'élaborer une carte des mécanismes de référence faisant intervenir des prestataires de services spécialisés dans les interventions face à la violence sexuelle à l'égard des enfants) ;
- un résumé des lois et politiques relatives à l'obligation de signalement en vigueur dans le contexte local, et des procédures adoptées localement concernant leur mise en application ;
- des directives concernant les procédures d'obtention du consentement éclairé et les protocoles de confidentialité dans les cas impliquant des enfants.

Dans les contextes où des protocoles interagences ont été élaborés à la fois pour la VBG et pour la protection de l'enfance, des efforts doivent être déployés pour lier ces différents protocoles afin de garantir la cohérence des interventions et des renvois.

⁸⁰ Ces directives sont également appelées procédures opératoires standard (POS)

⁸¹ Ces directives sont accessibles à l'adresse suivante : <http://onerresponse.info/GlobalClusters/Protection/GBV/Pages/Tools%20and%20Resources.aspx>

4. Les protocoles relatifs au partage d'informations

Dans le cadre de la coordination des cas, il est nécessaire de partager des informations concernant les enfants survivants ; ce partage doit être décidé par le/la bénéficiaire et, s'il y a lieu, la personne qui s'occupe de l'enfant. Généralement inclus dans les protocoles interagences (décrits précédemment), les protocoles relatifs au partage d'informations peuvent être décrits de façon plus détaillée dans les accords de prestation de services directs conclus par 2 ou plusieurs organismes qui travaillent régulièrement en collaboration. Ces protocoles doivent au minimum préciser :

- la façon dont les renvois doivent être faits (par ex. à l'aide d'un formulaire, verbalement etc.) ;
- les types de renvois qui peuvent et ne peuvent pas être acceptés (par ex. un organisme assurant des services d'intervention face à la VBG peut ne pas accepter le cas d'un enfant n'impliquant pas de VBG) ;
- les types d'informations qui peuvent être échangées entre les différents organismes (avec le consentement du/de la bénéficiaire et/ou le consentement de la personne qui s'occupe de l'enfant, s'il y a lieu) ;
- la façon dont les informations peuvent être utilisées ;
- le délai imparti pour l'intervention

Ces détails doivent être consignés et approuvés par les organismes qui fournissent des services aux enfants. Le partage des informations sur les bénéficiaires est extrêmement délicat ; les bénéficiaires doivent savoir quelles informations seront communiquées, et comment ces informations seront utilisées. Plusieurs outils sont fréquemment utilisés pour procéder aux renvois et assurer la coordination des cas, notamment un formulaire de référence et un formulaire de consentement (qui doivent être conservés dans le dossier du/de la bénéficiaire pour les échanges d'informations entre prestataires de services).

5. Les accords de prestation de services directs entre les prestataires spécialisés dans la protection de l'enfance et les prestataires spécialisés dans la VBG

Si de vastes protocoles interagences régissant les renvois et les interventions sont essentiels, dans de nombreux contextes, il est également utile de conclure des accords encore plus spécifiques entre les programmes dédiés à la protection de l'enfance et les programmes dédiés à la VBG menés dans un même contexte. Ces accords spécifiques facilitent la coordination et permettent une collaboration fructueuse, car ils permettent de clarifier les responsabilités liées à la gestion directe des cas des différents prestataires de services dans un contexte donné. Sans de tels accords de coordination entre les organismes dédiés à la VBG et les organismes spécialisés dans la protection de l'enfance, les différentes équipes pourraient involontairement proposer des services qui existent déjà,

7 MEILLEURES PRATIQUES DE COORDINATION DES CAS ENTRE LES PRESTATAIRES DE SERVICES

rompre la confidentialité, obtenir le consentement éclairé de façons différentes, fournir aux enfants et aux familles des informations contradictoires (concernant l'obligation de signalement, les services offerts dans la communauté etc.) et, éventuellement, porter préjudice à l'enfant bénéficiaire et frustrer les personnes qui s'occupent de l'enfant. Par conséquent, il est recommandé de conclure des accords de coordination sur les niveaux de service entre les organismes de gestion des cas de ces deux secteurs, pour leur permettre de promouvoir au maximum le bien-être et la sécurité des enfants survivants.

Les accords de prestation de services directs conclus entre les organismes dédiés à la VBG et à la protection de l'enfance doivent préciser :

- les compétences et formations minimales que doit posséder le personnel pour pouvoir travailler auprès d'enfants survivants ;
- les principes directeurs à respecter pour travailler auprès d'enfants survivants ;
- leurs rôles respectifs dans la gestion des cas de violence sexuelle à l'égard des enfants, et notamment les circonstances qui déterminent : quand le signalement obligatoire doit être effectué, et comment ; quand les évaluations/entretiens communs doivent être initiés ; et quand/avec qui les rapports/évaluations concernant le cas doivent être partagés (toujours avec le consentement de l'enfant bénéficiaire et/ou de la personne qui s'occupe de l'enfant) ;
- dans la mesure du possible, un organisme (secteur) doit être désigné principal organisme de gestion des cas de violence sexuelle à l'égard des enfants. Cela permet en effet de clarifier les responsabilités spécifiques pour chaque intervention fondamentale assurée. Par exemple :
 - à qui l'enfant/la famille est adressé(e) pour bénéficier de services complets de gestion des cas,
 - quel organisme est chargé de mener l'entretien d'admission initiale et de procéder aux évaluations des besoins, qui orienteront les interventions futures,
 - quel organisme est chargé de signaler les abus aux autorités compétentes (si nécessaire), et
 - quel organisme a pour mission de « gérer et superviser » le cas en fonction des besoins de l'enfant bénéficiaire et du système de soutien dont il/elle bénéficie.

Ces accords ont pour finalité de rationaliser les services offerts aux enfants et aux familles, ainsi que la coordination des cas, et d'éviter les difficultés associées à l'absence de coordination des soins. Dans les situations de crise humanitaire où interviennent à la fois des prestataires dédiés à la VBG et des prestataires spécialisés dans la protection de l'enfance, ce sont les organismes de coordination principaux (des secteurs de la VBG, de la protection de l'enfance et/ou de la santé) qui doivent prendre l'initiative de conclure de tels accords plus spécifiques.

COUP D'ŒIL SUR UN PROBLÈME DE COORDINATION : LES ENTRETIENS MULTIPLES

Dans les cas de violence sexuelle à l'égard des enfants, il est extrêmement important de coordonner les interventions afin d'éviter les entretiens multiples. Pour un(e) enfant, devoir raconter l'agression sexuelle à plusieurs reprises inutilement, ou entendre des personnes censées ne pas être au courant parler de cette agression est une expérience des plus traumatisantes dans le cadre des mécanismes d'intervention communautaires. Il est inacceptable d'imposer une telle charge à un(e) enfant ; les organismes spécialisés dans la protection de l'enfance, la VBG, la protection/la justice et la santé qui œuvrent sur le terrain doivent donc conclure des accords précisant comment, quand et par qui un(e) enfant bénéficiaire doit être questionné(e). Ces acteurs doivent par ailleurs définir quand et comment les informations peuvent et doivent être partagées, de façon respectueuse et confidentielle, et conformément aux règles d'éthique.

Par ailleurs, les prestataires de services peuvent utiliser des indicateurs de meilleures pratiques pour évaluer la coordination. Ces indicateurs sont présentés page suivante.

LES COMPOSANTS ESSENTIELS D'UNE COORDINATION DES CAS PERFORMANTE : LISTE DE VÉRIFICATION POUR LES TRAVAILLEURS SOCIAUX

Les organismes de gestion des cas chargés de coordonner la prise en charge des enfants survivants doivent connaître les composants essentiels d'une coordination des cas performante pour orienter leurs propres pratiques. Ces composants peuvent servir de liste de vérification pour évaluer les performances des travailleurs sociaux en matière de coordination des cas :

- » les travailleurs sociaux connaissent et comprennent les autres services offerts dans la communauté pour répondre aux besoins spécifiques des enfants, et notamment des enfants survivants ;
- » chaque enfant bénéficiaire reçoit des services coordonnés, en fonction de son plan d'action personnalisé ;
- » le/la bénéficiaire est orienté(e) vers d'autres organismes lorsque cela permet de servir au mieux l'intérêt de l'enfant et la famille ;
- » les enfants et les familles sont libres de décider quels organismes impliquer dans la prise en charge ;
- » des informations sont échangées entre les prestataires de service, avec la permission des bénéficiaires.

**INDICATEURS DE MEILLEURES PRATIQUES EN
MATIÈRE DE COORDINATION**

INDICATEUR	OUI	NON
Des procédures opératoires standard (POS) comprenant des mécanismes de référence sont en place et opérationnelles pour les enfants survivants.		
Les prestataires de services sont en mesure d'adresser les enfants de façon sûre et efficace (par ex. ils connaissent les services offerts dans la communauté, savent qui contacter, comment obtenir le consentement, etc.).		
Les prestataires de services de santé, de services psychosociaux et d'autres services comprennent de la même façon les procédures relatives à l'obligation de signalement et le fonctionnement du système judiciaire.		
Les prestataires de services respectent les principes directeurs régissant les interventions auprès des enfants survivants.		
Des protocoles relatifs au partage d'informations ont été adoptés ; ils sont utilisés de façon adéquate par les prestataires de services. Des mesures de précaution spécifiques ont été prévues pour éviter que les enfants soient questionnés plusieurs fois sur leur agression sexuelle.		
Des accords de prestation de services directs ont été conclus entre les organismes spécialisés dans la protection de l'enfant et les organismes spécialisés dans la VBG.		
Un organisme de gestion des cas principal (chargé de coordonner les soins liés à la violence sexuelle) a été désigné à l'échelle locale pour éviter tout chevauchement des services proposés.		
Les organismes/le personnel impliqué(s) dans le cas d'un(e) enfant participent aux réunions de coordination du cas organisées par l'organisme principal, selon les besoins.		
Les prestataires de services montrent aux enfants qu'ils les croient et les soutiennent : ils leur disent qu'ils sont courageux d'avoir raconté leur agression ; qu'ils ont bien fait de parler ; qu'ils ne sont pas responsables de l'agression ; et qu'ils les croient.		

CONCLUSION

Ce chapitre aborde plusieurs aspects fondamentaux de la coordination dans les cas de violence sexuelle à l'égard des enfants. La priorité des prestataires de services doit être de définir des procédures et des protocoles clairs pour coordonner les cas impliquant des enfants, afin que ces derniers, déjà traumatisés par l'agression, ne le soient pas également par le système de prise en charge. Pour être performante, la coordination doit servir deux objectifs : respecter les droits des bénéficiaires, et satisfaire leurs besoins.



NOTE FINALE POUR LE LECTEUR

Jusqu'ici, les professionnels de la santé et du soutien psychosocial ne disposaient pas de directives techniques sur la prise en charge des enfants ayant subi des violences sexuelles. Le présent document a donc pour finalité de commencer à remédier à cet état de fait. Nous espérons que ces directives seront mises en avant et appliquées par tous les organismes et prestataires de services qui interviennent en situations de crise humanitaire.

Les conseils techniques fournis dans ce document ne sont en aucun cas exhaustifs. Notre objectif était en effet de présenter un condensé des principales connaissances, attitudes et compétences exigées des prestataires de services pour que les enfants et les familles puissent bénéficier de soins complets administrés avec compassion. Des outils de supervision, des formulaires de gestion des cas et des listes de vérification ont également été élaborés pour aider le personnel à offrir aux bénéficiaires une prise en charge de qualité. Les organismes sont invités à utiliser ces outils et à mettre en œuvre ces pratiques de gestion des cas pour se conformer aux principes relatifs aux échanges d'informations éthiques et sûrs, décrits dans les systèmes de gestion des informations sur la violence basée sur le genre et la protection de l'enfance.⁸²

Pour conclure, nous aimerions vous faire part de quelques recommandations formulées par des enfants du monde entier à l'attention des praticiens qui interviennent auprès d'enfants ayant subi des violences sexuelles. Ces recommandations sont issues d'un rapport de Save the Child Norvège de 2005,⁸³ et partagées ici pour montrer combien il est important d'offrir aux enfants la possibilité de s'exprimer lorsque l'on formule des recommandations visant à améliorer les soins qui leur sont prodigués. La plupart de leurs conseils convaincants ont été abordés directement et indirectement tout au long des directives CCS, et ont influencé la réflexion qui sous-tend l'initiative CCS dans sa globalité. Voici quelques unes des recommandations clés formulées par ces enfants :

- » la violence sexuelle est un crime, et ne devrait pas exister ;
- » dis-leur d'arrêter, c'est difficile d'en parler ;
- » écoute-moi et crois ce que je te dis ;
- » parle avec moi, et sois disponible si j'ai besoin de toi ;
- » j'ai besoin de me sentir en sécurité et protégé(e), et de décider comment mon cas doit être géré ;
- » aime-moi, aide-moi ; nous savons ce dont nous avons besoin ;
- » laisse mon agresseur répondre de ses actes ;
- » ne me colle pas une étiquette, et laisse-moi reprendre le cours de ma vie.

Il appartient aux prestataires de services de santé et de services psychosociaux de soigner avec compassion les enfants qui ont subi des violences sexuelles. Nous vous souhaitons courage et détermination pour continuer à aider les enfants à guérir et se remettre des répercussions de la violence sexuelle.

⁸² www.gbvims.org et www.childprotectionims.org.

⁸³ Save the Children Alliance (2005). Ten essential learning points: Listen and speak out against sexual abuse of girls and boys. Norvège : Save the Children Norvège.

La prise en charge des enfants survivants

Normes minimales applicables à la gestion des cas

MODÈLE DE PROGRAMME CCS - NORMES MINIMALES IMPOSÉES AUX PRESTATAIRES DE SERVICES DE GESTION DES CAS

IMPÉRATIF	Oui (1 pt)	Non (0 pt)	Commentaires
1. Les organismes prestataires de services disposent, au sein de leurs équipes, de spécialistes de la gestion des cas formés à la prise en charge des enfants survivants (autrement dit, les prestataires de services doivent avoir reçu une formation et réussir les tests d'évaluation des connaissances/compétences/attitudes fondamentales)			
2. Des systèmes ont été mis en place pour superviser les travailleurs sociaux qui prodiguent des soins aux enfants survivants			
3. Les dossiers sur les enfants sont conservés dans un lieu sûr et verrouillé, pour préserver la confidentialité			
4. Le mécanisme de référence des enfants est opérationnel et documenté			
5. Le centre dispose d'une salle privée pour mener les entretiens avec les enfants et les personnes qui s'occupent des enfants			
6. Les formulaires et procédures relatifs au consentement éclairé et à la confidentialité sont adaptés aux enfants survivants			

LE SCORE REQUIS EST DE 6 points

RECOMMANDÉ	Oui	Non	Commentaires
1. Les formulaires de gestion des cas sont adaptés aux enfants survivants, et utilisés			
2. Des supports adaptés aux enfants (jouets, matériel artistique, poupées) sont à la disposition du personnel chargé de la gestion des cas dans les salles dédiées aux entretiens avec les enfants survivants			
3. Des supports pédagogiques sur la violence sexuelle, adaptés aux enfants survivants, sont mis à leur disposition			
4. Le centre de gestion des cas dispose de fournitures pour les enfants (vêtements, etc.)			
5. Des interventions psychosociales bien définies sont proposées dans le cadre de la gestion des cas.			

Instructions	1- Ce formulaire doit être rempli par un gestionnaire de cas, un praticien de la santé, un travailleur social ou une autre personne autorisée assurant des services au/à la survivant(e).
	2- Veuillez noter que les questions suivies d'un astérisque* doivent être conservées dans le formulaire d'admission et qu'il est obligatoire d'y répondre. Ces questions font partie d'une série minimum de données essentielles à recueillir sur la VBG. Certaines questions sont suivies à la fois d'un astérisque* et d'un cercle ^o ; celles-ci peuvent être adaptées, et le texte qui figure en italique dans ces champs, destiné à être adapté à chaque contexte, peut être modifié. Les questions qui ne sont pas marquées d'un signe peuvent être modifiées par votre organisme ou supprimées si elles sont inutiles pour votre programme et/ou la gestion des cas.
	3- Sauf indication contraire, ne cochez toujours qu'un seul champ de réponse pour chaque question.
	4- N'hésitez pas à ajouter à ce formulaire autant de questions que nécessaire, en fonction de votre contexte et/ou d'y joindre des pages supplémentaires pour y inscrire la suite des explications écrites, si besoin.

Avant de débiter l'entretien, veuillez vous assurer de rappeler à votre bénéficiaire que toutes les informations qu'il/elle communiquera resteront confidentielles, et qu'il/elle peut choisir de refuser de répondre à n'importe laquelle des questions suivantes.

1- Informations administratives		
Référence de l'incident* :	Code survivant :	Code travailleur social :
Date de l'entretien (jour/mois/année)* :	Date de l'incident (jour/mois/année)* :	
<input type="checkbox"/> Déclaré par le/la survivant(e) ou la personne qui accompagne le/la survivant(e) en présence du/de la survivant(e)* <i>(Ces incidents seront consignés au Registre des incidents)</i>		
<input type="checkbox"/> Déclaré par une personne autre que le/la survivant(e), en l'absence du/de la survivant(e) <i>(Ces incidents ne seront pas consignés au Registre des incidents)</i>		
2- Renseignements du/de la survivant(e)		
Date de naissance (approximative si nécessaire)* :	Sexe* : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	Clan ou appartenance ethnique :
Pays d'origine* ^o : <input type="checkbox"/> Noms de pays à indiquer ici <input type="checkbox"/> Etc.	<input type="checkbox"/> Etc.	<input type="checkbox"/> Autre (précisez) :
Nationalité (Si autre que le pays d'origine) :	Religion :	
Etat civil / situation familiale actuel(le)* :	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) / en concubinage	<input type="checkbox"/> Divorcé(e) / Séparé(e) <input type="checkbox"/> Veuf / veuve
Nombre et âge des enfants et autres personnes à charge :		
Profession :		
Statut de déplacement au moment de la déclaration des faits* :		
<input type="checkbox"/> Résident(e) <input type="checkbox"/> Rapatrié(e)	<input type="checkbox"/> PDIP <input type="checkbox"/> Ressortissant(e) étranger/ère	<input type="checkbox"/> Réfugié(e) <input type="checkbox"/> Demandeur/se d'asile <input type="checkbox"/> Apatride <input type="checkbox"/> Néant
Le/la bénéficiaire est-il/elle une personne handicapée ?* <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Handicap mental <input type="checkbox"/> Handicap physique <input type="checkbox"/> Les deux		
Le/la bénéficiaire est-il/elle un mineur non accompagné, un enfant séparé ou un autre enfant vulnérable ?* <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mineur(e) non accompagné(e) <input type="checkbox"/> Enfant séparé(e) <input type="checkbox"/> Autre enfant vulnérable		
Sous-section pour les enfants survivant(e)s (moins de 18 ans)		
Si le/la survivant(e) est un/une enfant (moins de 18 ans) vit-il/elle seul(e) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (si non, répondez aux trois questions suivantes)		
Si le/la survivant(e) vit avec quelqu'un d'autre, quel est le lien de parenté entre lui/elle et la personne qui s'occupe de lui/d'elle ? <input type="checkbox"/> Parent / tuteur <input type="checkbox"/> Membre de la famille <input type="checkbox"/> Conjoint / concubin <input type="checkbox"/> Autre : _____		
Quelle est la situation familiale actuelle de la personne qui s'occupe du/de la survivant(e) ? <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Mariée / en concubinage <input type="checkbox"/> Divorcée / Séparée <input type="checkbox"/> Veuve <input type="checkbox"/> Inconnue / sans objet		
Quelle est l'activité professionnelle principale de la personne qui s'occupe du/de la survivant(e) ?		

3- Détails de l'incident

Récit de l'incident / description de l'incident (résumez les détails de l'incident dans les termes employés par le/la bénéficiaire)

Phase de déplacement au moment des faits* :

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Non déplacé / communauté d'origine | <input type="checkbox"/> En cours de fuite | <input type="checkbox"/> En cours de rapatriement / en transit | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |
| <input type="checkbox"/> Pré-déplacement | <input type="checkbox"/> En période de refuge | <input type="checkbox"/> Post-déplacement | |

Heure de l'incident* :

- Matin (entre le lever du soleil et midi)
- Après-midi (entre midi et le coucher du soleil)
- Soir/nuite (entre le coucher du soleil et le lever du soleil)
- Inconnue/Sans objet

Lieu de l'incident*^O :

(Adaptez les options de lieu en ajoutant de nouvelles cases à cocher, ou en en supprimant en fonction de votre localisation)

- Brousse / forêt
- Jardin / champ cultivé
- Ecole
- Route
- Domicile du/de la bénéficiaire
- Domicile de l'agresseur
- Autre (précisez) _____

Zone où l'incident a eu lieu*^O :

- Noms de zone à indiquer ici
- Etc.
- Etc.
- Autre (précisez) _____

Sous-zone où l'incident a eu lieu*^O :

- Noms de sous-zone à indiquer ici
- Etc.
- Etc.
- Autre (précisez) _____

Camp/ville/site :

- Noms de camp/ville/site à indiquer ici
- Etc.
- Etc.
- Autre (précisez) _____

3- Détails de l'incident (suite)

Type de violence survenue au cours de l'incident* :
(Veuillez consulter le Système de classification des incidents de l'IMSVBG et n'en sélectionner qu'UN SEUL)

- Viol (dont les viols collectifs et les viols conjugaux)
- Agression sexuelle (dont les tentatives de viol, toute violence/tous sévices sexuels sans pénétration, et les mutilations génitales féminines/l'excision)
- Agression physique (dont les coups, les gifles, les coups de pied, les bousculades, etc. n'étant pas de nature sexuelle)
- Mariage forcé (dont les mariages précoces)
- Déni de ressources, d'opportunités ou de services
- Violences psychologiques / émotionnelles
- Hors VBG (précisez) Note : ces incidents ne seront pas consignés au registre des incidents
- _____
- _____
- _____

- Y a-t-il eu pénétration au cours de l'incident déclaré ?**
Si oui → classez l'incident dans la catégorie « Viol ».
Si non → passez au type de VBG suivant dans la liste.
- Y a-t-il eu un contact sexuel non désiré au cours de l'incident déclaré ?**
Si oui → classez l'incident dans la catégorie « Agression sexuelle ».
Si non → passez au type de VBG suivant dans la liste.
- Y a-t-il eu une agression physique au cours de l'incident déclaré ?**
Si oui → classez l'incident dans la catégorie « Agression physique ».
Si non → passez au type de VBG suivant dans la liste.
- L'incident était-il un cas de mariage forcé ?**
Si oui → classez l'incident dans la catégorie « Mariage forcé ».
Si non → passez au type de VBG suivant dans la liste.
- Y a-t-il eu un déni de ressources, d'opportunités ou de services au cours de l'incident déclaré ?**
Si oui → classez l'incident dans la catégorie « Déni de ressources, d'opportunités ou de services ».
Si non → passez au type de VBG suivant dans la liste.
- Des violences psychologiques / émotionnelles ont-elles été infligées au cours de l'incident déclaré ?**
Si oui → classez l'incident dans la catégorie « Violences psychologiques / émotionnelles ».
Si non → passez au type de VBG suivant dans la liste.
- L'incident signalé est-il un cas de VBG ?**
Si oui → Recommencez à la question n°1 et tentez de classer de nouveau le type de VBG (si vous avez déjà tenté de classer la VBG à plusieurs reprises, demandez l'aide de votre superviseur).
Si non → classez l'incident dans la catégorie « Hors VBG »

Cet incident constituait-il une Pratique traditionnelle préjudiciable*^o ?

- Non Type de pratique
- Type de pratique Type de pratique
- Type de pratique Type de pratique

De l'argent, des biens, des avantages et/ou des services ont-ils été échangés en rapport avec cet incident* ?

- Non Oui

Type d'enlèvement au moment des faits* :

- Aucun Conscription forcée Trafic Autre enlèvement/kidnapping

Le/la bénéficiaire a-t-il/elle déclaré cet incident ailleurs ?* (sélectionnez toutes les options correspondantes).

(si oui, sélectionnez le type de prestataire de services et inscrivez le nom du prestataire auquel le/la bénéficiaire a déclaré l'incident) ;

Non

Services de santé/médicaux _____

Services de suivi psychologique/psychosociaux _____

Police/autre acteur du secteur de la sécurité _____

Services d'assistance juridique _____

Programme de soutien aux moyens de subsistance _____

Lieu sûr / refuge _____

Autre acteur de l'aide humanitaire/au développement _____

Autres services publics _____

Autre (précisez) _____

Le/la bénéficiaire a-t-il/elle précédemment été victime d'autres incidents de VBG ?* Non Oui

Si oui, ajoutez une description concise :

4- Renseignements sur l'agresseur présumé	
Nombre d'agresseurs présumés* : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Plus de 3 <input type="checkbox"/> Inconnu	
Sexe du ou des agresseur(s) présumé(s)* : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Agresseurs à la fois de sexe féminin et de sexe masculin	
Nationalité de l'agresseur présumé :	Clan ou appartenance ethnique de l'agresseur présumé :
Tranche d'âge de l'agresseur présumé* (si elle est connue ou peut être estimée) :	
<input type="checkbox"/> 0 – 11 ans <input type="checkbox"/> 12 – 17 ans <input type="checkbox"/> 18 – 25 ans <input type="checkbox"/> 26 – 40 ans <input type="checkbox"/> 41-60 ans <input type="checkbox"/> 61 et plus <input type="checkbox"/> Inconnue	
Lien entre l'agresseur présumé et le/la survivant(e)* : (Sélectionnez LA première option correspondante)	
<input type="checkbox"/> Partenaire intime / ex-partenaire <input type="checkbox"/> Prestataire de services <input type="checkbox"/> Principale personne s'occupant du/de la survivant(e) <input type="checkbox"/> Colocataire <input type="checkbox"/> Membre de la famille (hors conjoint ou personne s'occupant du/de la survivant(e)) <input type="checkbox"/> Ami de la famille / voisin <input type="checkbox"/> Autre réfugié / PDIP / rapatrié <input type="checkbox"/> Autre membre de la communauté résidente <input type="checkbox"/> Superviseur / employeur <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Camarade de classe <input type="checkbox"/> Sans lien <input type="checkbox"/> Enseignant / responsable scolaire <input type="checkbox"/> Inconnu	
Principale activité professionnelle de l'agresseur présumé (si elle est connue)* ^O : (Adaptez les options d'activité professionnelle en ajoutant de nouvelles cases à cocher ou en supprimant en fonction de votre contexte)	
<input type="checkbox"/> Fermier <input type="checkbox"/> Commerçant / propriétaire <input type="checkbox"/> Dignitaire <input type="checkbox"/> Employé d'un <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Etudiant <input type="checkbox"/> d'entreprise <input type="checkbox"/> religieux <input type="checkbox"/> CBO <input type="checkbox"/> Sans emploi <input type="checkbox"/> Fonctionnaire <input type="checkbox"/> Acteur armé non étatique <input type="checkbox"/> Enseignant <input type="checkbox"/> Bénévole <input type="checkbox"/> Inconnue <input type="checkbox"/> Policier <input type="checkbox"/> Représentant des forces de sécurité <input type="checkbox"/> Employé des Nations unies <input type="checkbox"/> Travailleur de la santé <input type="checkbox"/> Soldat de l'armée <input type="checkbox"/> Leader du camp ou de la communauté <input type="checkbox"/> Employé d'une ONG	

5- Mesures prévues / mesures prises : toute mesure/activité relative à ce constat.	
Qui vous a adressé ce/cette bénéficiaire ?*	
<input type="checkbox"/> Services de santé/médicaux <input type="checkbox"/> Enseignant/représentant scolaire <input type="checkbox"/> Services de suivi psychologique/d'aide psychosociale <input type="checkbox"/> Leader de la communauté ou du camp <input type="checkbox"/> Police/autre acteur du secteur de la sécurité <input type="checkbox"/> Lieu sûr/refuge <input type="checkbox"/> Services d'assistance juridique <input type="checkbox"/> Autre acteur humanitaire ou de développement <input type="checkbox"/> Programme d'aide aux moyens de subsistance <input type="checkbox"/> Autre service public <input type="checkbox"/> Auto-renvoi/premier point de contact <input type="checkbox"/> Autre (précisez) _____	
Avez-vous renvoyé le/la bénéficiaire vers un lieu sûr/un refuge ?*	Date rapportée ou date et heure du rendez-vous à venir (jour/mois/année) :
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non, pourquoi ?* <input type="checkbox"/> Service assuré par votre organisme <input type="checkbox"/> Services déjà assurés par un autre organisme <input type="checkbox"/> Service inutile <input type="checkbox"/> Renvoi décliné par le/la survivant(e) <input type="checkbox"/> Service non disponible	Nom et lieu :
	Notes (notamment concernant les mesures prises ou recommandées) :
Avez-vous renvoyé le/la bénéficiaire vers des services de santé / médicaux ?*	Date rapportée ou date et heure du rendez-vous à venir (jour/mois/année) :
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non, pourquoi ?* <input type="checkbox"/> Service assuré par votre organisme <input type="checkbox"/> Services déjà assurés par un autre organisme <input type="checkbox"/> Service inutile <input type="checkbox"/> Renvoi décliné par le/la survivant(e) <input type="checkbox"/> Service non disponible	Nom et lieu :
	Notes (notamment concernant les mesures prises ou recommandées) :

Formulaire d'admission et d'évaluation initiale

<p>Avez-vous renvoyé le/la bénéficiaire vers des services de soutien psychosocial ?*</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si non, pourquoi ?*</p> <p><input type="checkbox"/> Service assuré par votre organisme</p> <p><input type="checkbox"/> Services déjà assurés par un autre organisme</p> <p><input type="checkbox"/> Service inutile</p> <p><input type="checkbox"/> Renvoi décliné par le/la survivant(e)</p> <p><input type="checkbox"/> Service non disponible</p>	<p>Date rapportée ou date et heure du rendez-vous à venir (jour/mois/année) :</p> <p>Nom et lieu :</p> <p>Notes (notamment concernant les mesures prises ou recommandées) :</p>
<p>Le/la bénéficiaire souhaite-t-il/elle engager des poursuites en justice ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N'a pas encore décidé au moment de la déclaration des faits</p>	
<p>Avez-vous renvoyé le/la bénéficiaire vers des services d'assistance juridique ?*</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si non, pourquoi ?*</p> <p><input type="checkbox"/> Service assuré par votre organisme</p> <p><input type="checkbox"/> Services déjà assurés par un autre organisme</p> <p><input type="checkbox"/> Service inutile</p> <p><input type="checkbox"/> Renvoi décliné par le/la survivant(e)</p> <p><input type="checkbox"/> Service non disponible</p>	<p>Date rapportée ou date et heure du rendez-vous à venir (jour/mois/année) :</p> <p>Nom et lieu :</p> <p>Notes (notamment concernant les mesures prises ou recommandées) :</p>
<p>Avez-vous renvoyé le/la bénéficiaire vers la police ou un autre type d'acteur du secteur de la sécurité ?*</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si non, pourquoi ?*</p> <p><input type="checkbox"/> Service assuré par votre organisme</p> <p><input type="checkbox"/> Services déjà assurés par un autre organisme</p> <p><input type="checkbox"/> Service inutile</p> <p><input type="checkbox"/> Renvoi décliné par le/la survivant(e)</p> <p><input type="checkbox"/> Service non disponible</p>	<p>Date rapportée ou date et heure du rendez-vous à venir (jour/mois/année) :</p> <p>Nom et lieu :</p> <p>Notes (notamment concernant les mesures prises ou recommandées) :</p>
<p>Avez-vous renvoyé le/la bénéficiaire vers un programme de soutien aux moyens de subsistance ?*</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si non, pourquoi ?*</p> <p><input type="checkbox"/> Service assuré par votre organisme</p> <p><input type="checkbox"/> Services déjà assurés par un autre organisme</p> <p><input type="checkbox"/> Service inutile</p> <p><input type="checkbox"/> Renvoi décliné par le/la survivant(e)</p> <p><input type="checkbox"/> Service non disponible</p>	<p>Date rapportée ou date et heure du rendez-vous à venir (jour/mois/année) :</p> <p>Nom et lieu :</p> <p>Notes (notamment concernant les mesures prises ou recommandées) :</p>

6 – Point d'évaluation

Décrivez l'état émotionnel du/de la bénéficiaire au début de l'entretien :

Le/la bénéficiaire sera-t-il/elle en sécurité lorsqu'il/elle partira ?

Oui Non

Si non, expliquez pourquoi :

Quelles mesures ont été prises pour assurer la sécurité du/de la bénéficiaire ?

Décrivez l'état émotionnel du/de la bénéficiaire à la fin de l'entretien :

Qui apportera un soutien émotionnel au/à la bénéficiaire ?

Autres informations pertinentes

Si le/la bénéficiaire a été violé(e), lui avez-vous expliqué les conséquences possibles du viol (s'il ou elle a plus de 14 ans) ?

Oui Non

Avez-vous expliqué les conséquences possibles du viol à la personne qui s'occupe du/de la bénéficiaire (si le/la bénéficiaire a moins de 14 ans) ? Oui Non



International Rescue Committee Siège de l'organisation
122 East 42nd Street
New York, NY 10168
États-Unis
+1 212 551 3000