



DIRECTIVES POUR LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS AYANT SUBI DES VIOLENCES SEXUELLES

DEUXIÈME ÉDITION



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

Publié par la Division des programmes de la section Protection de l'enfance de l'UNICEF (GBViE)
3, United Nations Plaza
New York, NY 10017
États-Unis

Adresse électronique : childprotection@unicef.org

Site Internet : www.unicef.org

© Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), décembre 2023

La reproduction d'une quelconque partie de cette publication est sujette à autorisation. Pour en savoir plus sur les droits d'utilisation de nos publications, veuillez contacter nyhqdoc.permit@unicef.org.

Pour citer ce document: Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et International Rescue Committee (IRC), *Directives pour la prise en charge des enfants ayant subi des violences sexuelles*, deuxième édition, UNICEF, New York (États-Unis), 2023.

La publication de ces directives n'aurait pas été possible sans l'appui de l'Agence allemande de coopération internationale (GIZ) et la généreuse contribution du Ministère fédéral allemand de la coopération économique et du développement (BMZ).

REMERCIEMENTS

En 2012, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et l'International Rescue Committee (IRC) ont mis au point la première édition des Directives sur la prise en charge des enfants ayant subi des violences sexuelles en situations de crise humanitaire, avec le soutien d'un groupe d'étude technique interorganisations composé de spécialistes des violences basées sur le genre et de la protection de l'enfance. Les directives avaient pour objectif de remédier à l'absence d'orientations techniques globales permettant de proposer une prise en charge de qualité aux enfants et aux familles touchés par des violences sexuelles dans les situations de crise humanitaire.

Après plus de dix ans d'application des directives et à la demande des prestataires de services sur le terrain, l'UNICEF et l'IRC ont entamé un processus de révision des différents documents et outils relatifs à la prise en charge des enfants survivants de violences sexuelles (ci-après « PES »), grâce au soutien de l'Agence allemande de coopération internationale (GIZ) et à la généreuse contribution du Ministère fédéral allemand de la coopération économique et du développement (BMZ). Le processus de révision et l'élaboration des nouvelles directives et du nouveau programme de formation ont pris appui sur des consultations approfondies menées sur le terrain auprès de plus de 250 spécialistes à travers le monde.

Les nouvelles directives comprennent à la fois des révisions et de nouveaux éléments, inspirés des retours d'expérience des praticiens ainsi que des données probantes et connaissances les plus récentes. Cette deuxième édition entend mettre davantage l'accent sur la question des inégalités de genre, de l'intersectionnalité et des liens entre l'intérêt supérieur de l'enfant et l'adoption d'une approche centrée sur la personne survivante.

Les directives révisées ont été rédigées par Jennifer Lee (IRC), Gretchen Emick (IRC), Elisabeth Roesch (UNICEF) et Meghan O'Connor (UNICEF), sous la direction d'Alexia Nisen (UNICEF), Caroline Masboungi (UNICEF) et Catherine Poulton (UNICEF). Les auteures ont reçu le soutien des équipes de l'UNICEF et de l'IRC au Soudan du Sud (UNICEF/IRC), en Afghanistan (UNICEF), au Yémen (IRC) et au Nigéria (IRC), qui ont procédé à des mises à l'essai et participé à la révision du contenu. Ces mises à l'essai ont grandement contribué à la prise en compte du point de vue des travailleurs de première ligne dans le processus de révision.

L'UNICEF et l'IRC tiennent également à remercier les membres du Conseil consultatif pour leur temps et leur participation à ce projet : Samar Abdelrahman, Tamara Akinyi Obonyo, Amel Amir Ali, Cristina Baron Porras, Lauren Bienkowski, Lourdes Carrasco, Leigh-Ashley Lipscomb, Stefanie Lorin, Kloelupho Mongkhonphob, Luz Angela Obando Montenegro, Tamalar Paw, Fabian Alberto Pacheco, Castañeda, Colleen Dockerty, Abigail Erikson, Yang Fu, Marcio Gagliato, Emily Krasnor, Joyce Mutiso, Kate Rougvie, Maria Semaan, Albert Wambua, D' Ajwang Warria et Mu Wee.

Outre les membres du Conseil consultatif, plusieurs spécialistes issus du personnel de l'UNICEF et de l'IRC ont également partagé leur expertise et leur expérience : Dorcas Ahinfowe Erskine, Caoimhe Bhaird, Emmanuelle Compingt, Ahmed Ghanem, Tasha Gill, Farah Hammoud, Afrooz Kaviani Johnson, Anna Koehorst, Sinéad Murray, Salimata Ndoye, Sunita Palekar Joergensen, Aditi Shrikhande Chemba Raghavan et Lorenza Trulli de l'UNICEF, et Jerry Abdala Kulelemba, Yvonne Agengo, Annalisa Brusati, Cat Byrne, Sarah Cornish-Spencer, Patricia Gray, Mehreen Jaswal, Meghana Kulkarni, Sofia Ngugi, Tizita Tekletsadik et Pauline Thivillier de l'IRC.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION **7**

Ressources PES
Théorie du changement PES
Utilisation des directives
Présentation des chapitres
Glossaire des termes utilisés

CHAPITRE 1 : L'APPROCHE DE LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS SURVIVANTS **20**

Les fondements théoriques de l'approche PES
Les principes directeurs de l'approche PES

CHAPITRE 2 : LES PRINCIPAUX DOMAINES DE CONNAISSANCES **26**

Domaine de connaissances 1 : La définition des violences sexuelles infligées aux enfants
Domaine de connaissances 2 : L'ampleur du problème
Domaine de connaissances 3 : Les auteurs des violences sexuelles infligées aux enfants
Domaine de connaissances 4 : Les enfants et la divulgation des violences sexuelles
Domaine de connaissances 5 : Les besoins des enfants survivants
Domaine de connaissances 6 : Le genre et les violences sexuelles infligées aux enfants
Domaine de connaissances 7 : L'âge, le développement et les violences sexuelles infligées aux enfants
Domaine de connaissances 8 : L'intersectionnalité et les violences sexuelles infligées aux enfants
Domaine de connaissances 9 : Les facteurs de risque et de protection susceptibles d'avoir une incidence sur les répercussions des violences sexuelles infligées aux enfants
Domaine de connaissances 10 : Les répercussions de la violence sexuelle sur les personnes qui s'occupent de l'enfant

CHAPITRE 3 : LES ATTITUDES ET PRÉJUGÉS DES TRAVAILLEURS SOCIAUX **58**

Les attitudes essentielles pour la prise en charge des enfants survivants
L'examen des préjugés des travailleurs sociaux
Le rôle des superviseurs dans l'examen des attitudes et des préjugés

CHAPITRE 4 : LES COMPÉTENCES EN COMMUNICATION **71**

Les meilleures pratiques pour communiquer avec les enfants survivants
Résoudre les problèmes de communication courants

CHAPITRE 5 : LES PROBLÉMATIQUES CLÉS **92**

Problématique clé no 1 : Inclure les enfants survivants dans la prise de décision

Problématique clé no 2 : Obtenir le consentement et l'assentiment éclairés

Problématique clé no 3 : Respecter et gérer les limites du principe de confidentialité

Problématique clé no 4 : Gérer les exigences relatives à l'obligation de signalement

CHAPITRE 6 : LA GESTION DES CAS D'ENFANTS SURVIVANTS **111**

Présentation des différentes étapes de la gestion des cas

Étape 1 : La présentation et l'engagement

Étape 2 : L'évaluation et Étape 3 : L'élaboration d'un plan d'action

Étape 4 : La mise en œuvre

Étape 5 : Le suivi de l'enfant

Étape 6 : La clôture du dossier et l'évaluation

CHAPITRE 7 : LA COORDINATION DE LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS SURVIVANTS **167**

La coordination entre les acteurs de la lutte contre les violences basées sur le genre et de la protection de l'enfance en matière de prise en charge des enfants survivants

La coordination multisectorielle

Le partage d'informations

CHAPITRE 8 : SUPERVISION ET BIEN-ÊTRE DU PERSONNEL **181**

L'intégration de la supervision et du renforcement des capacités de l'approche PES

Les stratégies spécifiques de supervision et de renforcement des capacités de l'approche PES

La protection du bien-être du personnel

OUTILS PES

NORMES MINIMALES PES APPLICABLES À LA GESTION DES CAS À DESTINATION DES PRESTATAIRES DE SERVICES	25
ÉVALUATION PES DES CONNAISSANCES	51
ÉVALUATION PES DES ATTITUDES	68
ÉVALUATION PES DES COMPÉTENCES EN COMMUNICATION	87
OBTENIR LE CONSENTEMENT ET L'ASSENTIMENT ÉCLAIRÉS	107
ADAPTATION DE L'ÉVALUATION À L'ÂGE ET AU STADE DE DÉVELOPPEMENT	109
OUTILS DE PLANIFICATION DE LA SÉCURITÉ	135
ÉVALUATION PES DE LA SANTÉ MENTALE ET DU DÉVELOPPEMENT PSYCHOSOCIAL	139
ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE	147
APPRENTISSAGE DE LA RELAXATION	155
CAPACITÉS D'ADAPTATION	161
RÉSOLUTION DES PROBLÈMES	163
GESTION DES FORMES CONCOMITANTES ET MULTIPLES DE VIOLENCE	177
COORDINATION AVEC LES ORGANISMES PUBLICS EN MATIÈRE DE LUTTE CONTRE LES VIOLENCES SEXUELLES VISANT LES ENFANTS	179
ÉVALUATION PES DE LA GESTION DES CAS	190
ÉTUDE DES CAS PES	194
ORIENTATIONS RELATIVES À L'INTÉGRATION DES ÉVALUATIONS PES	199

INTRODUCTION

Les violences sexuelles infligées aux enfants constituent l'une des plus grandes crises de notre époque¹. Elles représentent un risque important pour les enfants, qui sont déjà exposés à d'autres formes de maltraitance². Les violences sexuelles peuvent entraîner des conséquences graves, à court et à long terme, sur le bien-être physique, psychologique, social, émotionnel et économique des enfants, des familles et des communautés³. Dans les situations d'urgence, les différentes formes de maltraitance des enfants et de violences basées sur le genre (VBG), notamment les violences sexuelles infligées aux enfants, sont particulièrement répandues et exacerbées.

Au cœur de chaque cas de violences sexuelles infligées à un enfant se trouvent la situation individuelle et spécifique de cet enfant, son stade de développement et les différentes identités sociales qui le définissent, en fonction du contexte dans lequel il vit. Tous ces facteurs, auxquels s'ajoutent les expériences individuelles de l'enfant, ont une incidence sur le niveau de risque auquel il est exposé, sur ses besoins et, en cas de violence sexuelle, sur sa capacité à solliciter de l'aide et à accéder aux services adéquats. Pour toutes ces raisons, la prise en charge des violences sexuelles infligées aux enfants s'avère particulièrement difficile, d'autant plus qu'elle nécessite la mobilisation de nombreux secteurs professionnels distincts⁴.

L'État est le principal garant de la protection et de la prise en charge des enfants ayant subi des violences sexuelles, y compris dans les situations de crise humanitaire. Lorsque l'État refuse ou n'est pas en mesure d'assumer cette responsabilité, celle-ci incombe généralement aux acteurs non gouvernementaux des secteurs de la lutte contre la VBG et de la protection de l'enfance. Les prestataires de services qui interviennent dans ces deux domaines doivent travailler aux côtés des enfants ayant subi des violences sexuelles (et, lorsque la situation le permet, des personnes qui s'occupent des enfants/de leur famille), afin de mieux comprendre leurs besoins et de les informer des différents services auxquels ils ont accès. C'est ce que l'on appelle la gestion des cas. En tant que principaux responsables de ce processus, les travailleurs sociaux assurent la planification, la recherche, la promotion, la coordination et le suivi des services auxquels l'enfant (et/ou la personne qui s'occupe de l'enfant/sa famille) décide de faire appel, et apportent à ce dernier un soutien émotionnel à chaque étape.

Les ressources en matière de prise en charge des enfants survivants (PES) visent à garantir la meilleure prise en charge possible aux enfants ainsi qu'aux adolescentes et adolescents ayant subi de telles violences (ci-après, « enfants survivants »), ainsi qu'aux personnes n'ayant pas commis de violences qui s'occupent d'eux. Ces ressources fixent des normes qui permettront aux prestataires de services, et plus spécifiquement aux travailleurs sociaux, de proposer une prise en charge de qualité aux enfants ayant subi des violences sexuelles et aux personnes n'ayant pas commis de violences qui s'occupent d'eux, afin qu'ils puissent guérir et se rétablir. La première édition des directives et des supports de formation annexes date de 2012. Après plus de dix ans de mise en œuvre, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), en partenariat avec l'International Rescue Committee (IRC) et avec le soutien de l'Agence allemande de coopération internationale (GIZ), présente cette deuxième édition révisée et enrichie, inspirée des dernières connaissances et des retours d'expérience des praticiens.

¹ Together for Girls, The Equality Institute et la Oak Foundation, *What Works to Prevent Sexual Violence Against Children: Evidence Review*, 2019.

² Tischelman, A. C. et Geffner, R., « [Forensic, Cultural, and Systems Issues in Child Sexual Abuse Cases – Part 1: An Introduction](#) ». *Journal of Child Sexual Abuse*, vol. 19, n° 5, 2010, p. 485-490.

³ Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Responding to Children and Adolescents Who Have Been Sexually Abused: WHO clinical guidelines*. OMS, 2017.

⁴ Ibid.

RESSOURCES RELATIVES À LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS AYANT SUBI DES VIOLENCES SEXUELLES

Les ressources relatives à la prise en charge des enfants ayant subi des violences sexuelles présentent aux travailleurs sociaux spécialisés dans la protection de l'enfance et dans la lutte contre la VBG ainsi qu'aux autres prestataires de services concernés les différentes connaissances, attitudes et compétences dont ils auront besoin pour travailler avec les enfants survivants (y compris les enfants et les adolescents non binares).

Ces ressources sont composées à la fois des présentes directives PES et de la formation PES. Les directives PES s'adressent aux travailleurs sociaux et aux autres prestataires de services concernés, et prennent la forme de recommandations pour la prise en charge des enfants ayant subi des violences sexuelles dans les situations de crise humanitaire. La formation PES propose une approche plus concrète des directives à travers des discussions et des exercices pratiques visant à approfondir les principaux domaines de connaissances, attitudes et compétences. La formation et les directives PES doivent être utilisées conjointement par les travailleurs sociaux – la formation est conçue comme une application concrète des concepts clés abordés dans les directives.

Les ressources PES sont principalement destinées au personnel qui intervient dans les situations de crise humanitaire et propose des services de gestion des cas de protection de l'enfance et/ou de VBG. L'ensemble des acteurs humanitaires spécialisés dans les questions ayant trait aux enfants, au genre et à la santé (en particulier, la gestion clinique des victimes de viols) peuvent également tirer profit de ces ressources. Enfin, ces dernières peuvent être utiles aux différents prestataires de services intervenant dans la prise en charge des enfants ayant subi des violences sexuelles, notamment les agents de santé, les acteurs du secteur juridique et les professionnels de la santé mentale.

Quelles sont les nouveautés de cette deuxième édition ?

Cette deuxième édition intègre les connaissances et les retours d'expérience les plus récents, et complète les ressources PES existantes selon les modalités suivantes :

- » Accent mis sur la sensibilisation aux inégalités de genre ;
- » Accent mis sur l'intérêt supérieur de l'enfant et l'adoption d'une approche centrée sur la personne survivante ;
- » Promotion d'une approche intersectionnelle ;
- » Mise à jour des outils PES à des fins d'alignement sur les directives actualisées ;
- » Liens vers de nouvelles ressources.

DIRECTIVES POUR LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS SURVIVANTS ET RÉSULTATS ATTENDUS

Les conseils techniques formulés dans ce document sont extraits de la théorie du changement PES (*voir la figure 1 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 travailleurs sociaux et autres prestataires de services concernés doivent maîtriser pour être en mesure de prodiguer de tels soins.

THÉORIE DU CHANGEMENT RELATIVE À LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS SURVIVANTS

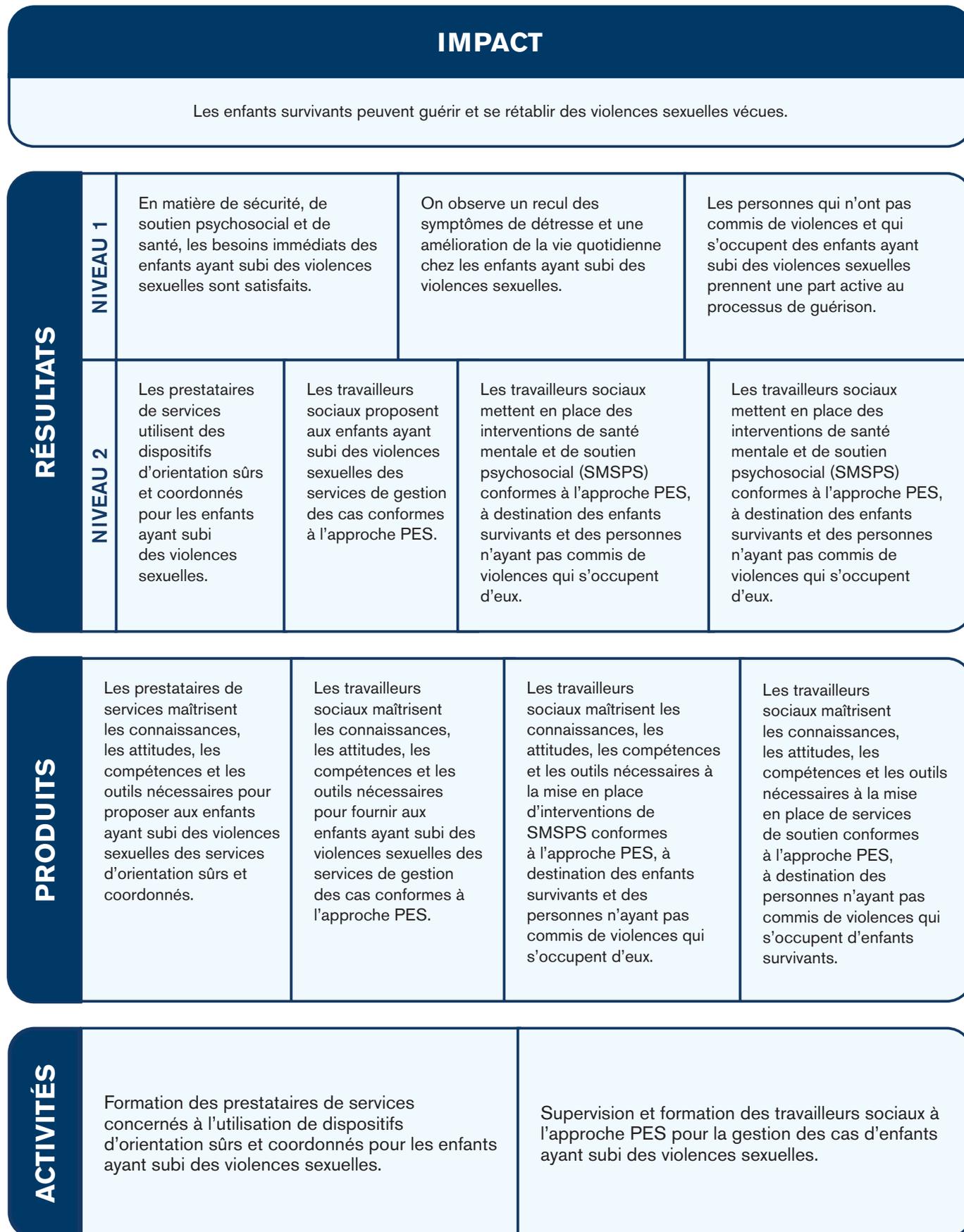


Figure 1 : Théorie du changement

UTILISATION DES DIRECTIVES

Bien que les directives en matière de prise en charge des enfants survivants s'inscrivent dans une approche fondée sur la gestion des cas, elles n'ont pas vocation à remplacer ou à remettre en cause les approches existantes de gestion des cas de protection de l'enfance ou de VBG, ni l'action des services sociaux publics. Elles visent plutôt à énoncer des éléments spécifiques à la prise en charge des enfants ayant subi des violences sexuelles et susceptibles d'être intégrés aux services de gestion des cas existants.

Les directives PES sont :

- » Exclusivement conçues pour la prise en charge des enfants ayant subi des violences sexuelles et la riposte contre ce type de violences, ainsi que pour le soutien à leur famille ;
- » Un outil pour proposer des services de gestion des cas et de soutien en matière de SMSPS aux enfants ayant subi des violences sexuelles et à leur famille ;
- » Applicables à l'ensemble des services proposés aux enfants de moins de 18 ans, mais doivent être adaptées à l'âge de l'enfant, à son stade de développement, à son genre et à ses autres caractéristiques ;
- » Conçues pour être utilisées dans les situations de crise humanitaire, lorsque des services appropriés sont en place et que les organismes concernés (systèmes nationaux ou humanitaires) respectent les normes minimales applicables en matière de gestion des cas.

Les limites des directives PES

Les directives PES n'ont pas vocation à :

- » Assurer la prise en charge des auteurs des violences ou la prévention des violences sexuelles, bien qu'il ait été démontré que les interventions directes au niveau communautaire contribuaient à renforcer la sécurité au sein des communautés ;
- » Lutter contre les autres formes de VBG auxquelles les filles sont exposées – telles que le mariage des enfants et le mariage précoce forcé, les mutilations génitales féminines et les « crimes d'honneur » – ou, plus généralement, les autres formes de violence touchant les enfants, telles que le travail ou le recrutement forcé ;
- » Servir de manuel de formation. Un manuel de formation PES distinct accompagne ces lignes directrices, également disponible en ligne ;
- » S'appliquer aux interventions communautaires (telles que celles en faveur de l'inclusion des enfants ayant subi des violences sexuelles dans les espaces centrés sur l'enfant ou dans les interventions communautaires visant à combattre la stigmatisation sociale et la discrimination). Toutefois, les directives PES proposent des conseils visant à faciliter les processus d'orientation vers les organismes compétents, susceptibles de soutenir de telles interventions.

Remarques relatives à l'intégration des directives PES dans les programmes de lutte contre la VBG et de protection de l'enfance

Avant de proposer leurs services aux enfants ayant subi des violences sexuelles, les équipes responsables de la protection de l'enfance et de la lutte contre la VBG doivent s'assurer que leurs programmes comportent des dispositions et des procédures adéquates, et que les équipes de gestion des cas disposent d'une expérience suffisante. Afin de permettre la divulgation en toute sécurité des violences sexuelles et de garantir la confidentialité de la prise en charge, les organismes qui appliquent les directives PES sur le terrain doivent réunir les conditions suivantes :

- » Une bonne compréhension des systèmes nationaux de protection de l'enfance et de la façon dont tous les enfants, quelles que soient leur origine et leur situation au regard de la loi, peuvent y accéder ;
- » Une bonne compréhension des autres solutions de prise en charge disponibles dans le contexte en question et des limites que présentent ces différentes solutions en fonction du genre, de l'âge et du stade de développement de l'enfant ;
- » Une bonne compréhension des lois et des politiques ayant trait aux enfants et à la VBG en vigueur dans le contexte en question, notamment des lois et/ou des politiques relatives à l'obligation de signalement ;
- » La mise en place d'un protocole propre à l'organisme, visant à protéger l'intérêt supérieur de l'enfant et à garantir la sûreté et la sécurité des travailleurs sociaux et des autres membres du personnel intervenant dans la gestion du cas ;
- » L'établissement de services de gestion des cas de protection de l'enfance et/ou de VBG (que ce soit par l'intermédiaire des systèmes nationaux existants ou des acteurs humanitaires) conformes aux normes décrites dans le présent document ;
- » L'accès à des services intégrés de prise en charge de la violence sexuelle (santé, sûreté/sécurité, accompagnement juridique, etc.) et/ou une collaboration avec des partenaires locaux proposant des services sûrs et accessibles aux personnes survivantes de VBG et/ou, plus largement, aux enfants confrontés à des risques de protection ;
- » L'accès à des espaces sûrs proposant des activités et des programmes spécifiquement conçus pour des enfants d'âges divers (que ce soit par l'intermédiaire des organismes de protection de l'enfance ou des systèmes nationaux) ou pour les adolescentes (que ce soit par le biais des organismes de prise en charge de la VBG ou des systèmes nationaux) ;
- » Une bonne compréhension des programmes destinés aux adolescentes mis en œuvre dans le contexte en question, afin de garantir une gestion appropriée des risques et des types de violence multiples et cumulés auxquels les adolescentes peuvent être confrontées, notamment les violences sexuelles.

En outre, il est essentiel que les prestataires de services comprennent les différents aspects ayant trait aux violences sexuelles infligées aux enfants dans le contexte local. Les prestataires de services doivent comprendre :

- » Les attitudes, les croyances, les normes, les pratiques et les capacités locales ayant trait aux violences sexuelles infligées aux enfants et, plus largement, aux différentes questions liées aux enfants et au genre ;
- » Les lois et les politiques susceptibles d'avoir une incidence sur le parcours des enfants ayant subi des violences sexuelles (par exemple, en matière d'obligation de signalement, d'âge minimum légal du mariage pour les filles, d'âge minimum du consentement, etc.), ainsi que les risques et avantages qu'elles présentent ;
- » Les différents facteurs et acteurs susceptibles de présenter des risques ou d'offrir une protection aux enfants ayant subi des violences sexuelles, notamment à ceux ayant une orientation sexuelle, une identité de genre, une expression de genre et des caractéristiques sexuelles (OSIEGCS) diverses, et/ou un handicap ;
- » Les capacités de protection des différents acteurs ou groupes d'acteurs communautaires susceptibles de jouer un rôle majeur dans la guérison des enfants survivants.

Les organisations peuvent également s'appuyer sur les normes minimales applicables à la gestion des cas et destinées aux prestataires de services responsables de la prise en charge des enfants survivants, qui leur permettront d'évaluer leur état de préparation pour la gestion de tels cas.

Formation et compétences nécessaires

Pour appliquer les directives PES, le personnel de l'organisation concernée doit avoir bénéficié d'une formation et disposer de compétences dans les domaines suivants :

- » La gestion des cas de VBG ou de protection de l'enfance, notamment les [procédures du Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés \(HCR\) relatives à l'intérêt supérieur](#) et applicables aux enfants demandeurs d'asile et réfugiés ;
- » Les bases du soutien en matière de SMSPS.

Lorsqu'un organisme envisage de participer à la formation PES et de déployer des services de prise en charge des enfants survivants, les responsables de programme doivent également tenir compte des qualités et des attitudes dont les membres de leur personnel auront besoin pour assurer ces services (*voir le [chapitre 2](#) et le [chapitre 3](#)*).

PRÉSENTATION DES CHAPITRES

Bien que les directives en matière de prise en charge des enfants survivants s'inscrivent dans une approche fondée sur la gestion des cas, elles n'ont pas vocation à remplacer ou à remettre en cause les approches existantes de gestion des cas de protection de l'enfance ou de VBG ni l'action des services sociaux publics. Elles visent plutôt à énoncer des éléments spécifiques à la prise en charge des enfants ayant subi des violences sexuelles et susceptibles d'être intégrés aux services de gestion des cas existants.

Chapitre 1

Présente l'approche de la prise en charge des enfants survivants, qui comprend les **principes directeurs, les théories et les approches fondamentales** permettant d'intervenir auprès d'enfants ayant subi des violences sexuelles. Ce chapitre s'intéresse plus particulièrement à la façon de mener ce type d'intervention selon une approche centrée sur la personne survivante et sur l'enfant.

Chapitre 2

Présente les **principaux domaines de connaissances** que les travailleurs sociaux doivent maîtriser avant de travailler avec des enfants ayant subi des violences sexuelles et leurs familles.

Chapitre 3

Aide les travailleurs sociaux à adopter les **attitudes** appropriées permettant de travailler avec des enfants ayant subi des violences sexuelles. Ce chapitre aide également les travailleurs sociaux à identifier, à analyser et à éliminer les **préjugés** susceptibles de porter préjudice aux enfants survivants dans toute leur diversité.

Chapitre 4

Présente les meilleures pratiques pour **communiquer** avec les enfants ayant subi des violences sexuelles et avec leur famille, notamment sous la forme de recommandations permettant d'aborder l'expérience de ce type de violence avec les enfants concernés et avec les personnes non fautives qui s'occupent d'eux. Ce chapitre décrit également les techniques verbales et non verbales visant à aider les enfants survivants à se sentir suffisamment à l'aise et en sécurité pour s'exprimer.

Chapitre 5

Formule des **remarques relatives aux problématiques clés** qui caractérisent les différentes étapes de la gestion des cas et de la relation avec les enfants ayant subi des violences sexuelles. Ce chapitre s'intéresse à la façon dont le principe de l'intérêt supérieur de l'enfant peut être utilisé pour répondre à ces problématiques.

Chapitre 6

Fournit des orientations détaillées concernant les **principales tâches à accomplir à chaque étape du processus de gestion des cas**. Ce chapitre se concentre plus spécifiquement sur les domaines d'évaluation et d'intervention qui caractérisent le processus de gestion des cas applicable aux enfants ayant subi des violences sexuelles.

Chapitre 7

Offre un aperçu des **bonnes pratiques relatives à la coordination** de la gestion des cas pour les enfants survivants pris en charge par plusieurs prestataires de services, notamment aux fins de la coordination/la collaboration entre les acteurs de la protection de l'enfance et de la lutte contre la VBG.

Chapitre 8

Explique comment intégrer la **supervision des travailleurs sociaux** qui interviennent auprès des enfants ayant subi des violences sexuelles dans les systèmes et les pratiques de supervision existants en matière de gestion des cas de protection de l'enfance et de VBG.

GLOSSAIRE DES TERMES UTILISÉS

Les termes et définitions présentés dans ce glossaire n'ont aucune valeur juridique et ne sont pas fournis à cette fin⁵. Les termes dont la définition est donnée dans d'autres ressources et/ou dont l'acceptation ne pose généralement pas de problème particulier n'ont pas été inclus.

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. On peut la diviser en plusieurs périodes : la préadolescence (9 à 10 ans), la jeune adolescence (10 à 14 ans), le milieu de l'adolescence (15 à 17 ans) et la fin de l'adolescence ⁶ (18 à 19 ans).
Adolescent	Personne âgée de 10 à 19 ans. Dans les directives PES, le terme « adolescent » ne se substitue pas au terme « enfant » ; il s'agit simplement d'un terme supplémentaire pour décrire l'âge, les niveaux de développement et les étapes de la vie des individus âgés de 10 à 19 ans.
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 tuteur. Ce terme peut désigner les parents d'accueil, y compris les personnes qui « adoptent » un enfant spontanément ou officiellement. Ce titre ne suppose pas nécessairement une responsabilité juridique. Dans les directives PES, l'expression « personne qui s'occupe de l'enfant » est également utilisée pour désigner un parent biologique.
Gestion des cas	Processus systématique, au cours duquel un travailleur social formé et supervisé évalue les besoins de la personne bénéficiaire et, s'il y a lieu, de la famille de cette personne, puis organise, et parfois assure, coordonne, supervise, évalue et soutient un ensemble de services divers pour répondre aux besoins complexes et spécifiques de la personne bénéficiaire ⁷ .
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 sont formés à la gestion des cas centrée sur les bénéficiaires et supervisés par un responsable de programme. Ils appliquent un ensemble spécifique de systèmes et de principes directeurs visant à favoriser la sécurité, le bien-être, l'espoir et la guérison des bénéficiaires. Les travailleurs sociaux sont également appelés « assistants sociaux », « professionnels de la protection de l'enfance » ou « spécialistes de la lutte contre la VBG », entre autres appellations.

⁵ Afin de garantir la plus grande cohérence possible, certaines définitions sont extraites des *Directives pour l'intégration d'interventions ciblant les violences basées sur le genre dans l'action humanitaire* du Comité permanent interorganisations (CPI). Le cas échéant, d'autres sources sont indiquées en note de bas de page.

⁶ Bien que la période de la fin de l'adolescence corresponde en réalité à l'âge adulte dans la plupart des systèmes juridiques, nous avons choisi de l'inclure ici, car un individu de 18 ou 19 ans continue d'acquiescer certaines compétences, en particulier en matière de pensée critique, d'entendement et de prise de décision.

⁷ National Association of Case Workers, [NASW Standards for Social Work Case Management](#). NASW, Washington D. C., 2013.

Enfant	Personne âgée de moins de 18 ans ⁸ .
Développement de l'enfant	Ensemble des changements psychologiques, sociaux, émotionnels, cognitifs et physiques observés chez l'être humain de la naissance à l'âge adulte. De nombreux experts ont défini différents « stades » de l'enfance et de la jeunesse qui renvoient aux périodes ou aux tranches d'âge au cours desquelles des changements spécifiques doivent se produire. Les tranches d'âge associées 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 ⁹ .
Sauvegarde de l'enfance	Ensemble des mesures préventives adoptées, au sein d'un organisme, pour protéger les enfants contre tout acte délibéré ou involontaire susceptible d'accroître le risque de préjudice, et pour s'assurer que l'organisme et ses programmes sont sans danger pour les enfants.
Violences sexuelles infligées aux enfants	Il n'existe pas de définition standard des violences sexuelles infligées aux enfants. Par conséquent, les présentes directives utilisent la définition suivante : <i>Toute forme d'activité sexuelle, physique ou non, imposée à un enfant par un adulte ou par un autre enfant exerçant un pouvoir sur lui. Les violences sexuelles infligées aux enfants impliquent souvent, mais pas systématiquement, un contact physique.</i>
Enfant survivant	Individu de moins de 18 ans ayant subi un acte de violence sexuelle.
Cisgenre	Terme employé pour désigner les personnes dont l'identité et/ou l'expression de genre correspondent au sexe assigné à la naissance.
Expression de genre	Ensemble des comportements, des attitudes (façon de parler, de marcher, gestuelle, etc.), des loisirs et des habitudes vestimentaires associés à votre genre. L'expression de genre d'un individu ne correspond pas toujours à son identité de genre. Une expression de genre diverse ne s'accompagne pas nécessairement d'une orientation sexuelle, d'une identité de genre ou de caractéristiques sexuelles diverses. <i>Voir également l'entrée OSIEGCS.</i>
Identité de genre	Expérience intime et personnelle de son genre profondément vécue par chacun, qui peut correspondre ou non au sexe assigné à la naissance ou au genre attribué par la société. L'identité de genre concerne également les personnes qui s'identifient comme non binaires ou dont le genre ne correspond pas aux catégories homme/femme ou homme/garçon et femme/ fille. <i>Voir également l'entrée OSIEGCS.</i>

⁸ Nations Unies, [Convention relative aux droits de l'enfant \(1989\)](#), traité n° 27531. *Recueil des traités des Nations Unies*, 1577, p. 3-178.

⁹ International Rescue Committee, *Child and Youth Protection and Development Sector Framework. A guide to Sound Project Design and Consistent Messaging*. IRC, janvier 2012.

Violences basées sur le genre

Terme générique désignant tout acte préjudiciable perpétré contre le gré d'une personne et qui est basé sur les différences de genre socialement prescrites aux hommes et aux femmes. Cela 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 forcé¹⁰.

Grooming

Ensemble des mesures prises par l'auteur des violences pour établir un lien émotionnel avec l'enfant et les personnes qui s'en occupent en vue d'en abuser sexuellement.

Inclusion

Processus consistant à favoriser l'égalité des chances afin que chaque individu, quels que soient ses caractéristiques et son parcours, puisse réaliser pleinement son potentiel. Les efforts d'inclusion peuvent notamment passer par l'adoption de politiques et de mesures visant à promouvoir l'accès aux services et à faciliter la participation des populations à la prise des décisions qui les concernent. Source : Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies.

Intersectionnalité

Cadre de pensée féministe permettant de décrire l'impact des systèmes d'oppression interdépendants sur l'expérience des individus et de groupes d'individus en matière de violence et de discrimination. Ces formes d'oppression interdépendantes sont fondées sur des caractéristiques individuelles telles que la race, la classe sociale, l'âge, le handicap, l'orientation sexuelle, l'identité et l'expression de genre, l'origine ethnique et la religion. Chaque être humain présente des caractéristiques individuelles qui déterminent son expérience personnelle et unique de l'oppression et du privilège.

LGBTQI

Personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres, queers et intersexes. Cet acronyme repose sur une conception occidentale de la sexualité. En fonction du contexte, d'autres termes peuvent s'avérer plus pertinents. *Voir également l'entrée OSIEGCS.*

Obligation de signalement

Ce terme renvoie aux lois et politiques nationales qui imposent à certains organismes et/ou à certains individus (enseignants, travailleurs sociaux, professionnels de la santé, etc.) de signaler les cas de violence avérés ou suspectés à l'égard des enfants (par exemple, les violences physiques, sexuelles, émotionnelles et psychologiques, la négligence ou les rapports sexuels illégaux).

¹⁰ Comité permanent interorganisations, [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](#). Équipe spéciale du CPI sur le genre et l'assistance humanitaire, 2005.

Non binaire	Terme générique employé pour désigner les identités et/ou les expressions de genre qui ne correspondent pas aux catégories « homme » et « femme », mais à des identités de genre non binaires. <i>Voir également l'entrée OSIEGCS.</i>
Personne n'ayant pas commis de violences qui s'occupe de l'enfant	Parent ou personne qui s'occupe d'un enfant et n'a pas commis ou directement participé aux violences sexuelles infligées à cet enfant ¹¹ .
Pédophilie	Trouble spécifique prenant la forme d'une préférence pour les activités sexuelles avec un ou plusieurs enfants prépubères. Pour en savoir plus sur les critères permettant d'établir ce diagnostic, veuillez consulter la note de bas de page ¹² .
Auteur des violences	Personne qui se rend complice ou inflige directement des violences ou toute autre forme d'abus à la victime contre sa volonté.
Prestataire de services	Organisme proposant directement ses services aux enfants et/ou aux personnes survivantes de violences basées sur le genre. Il peut s'agir de travailleurs sociaux, d'assistants sociaux, d'agents de santé, de professionnels de la protection de l'enfance et du secteur juridique, ou de spécialistes de la santé mentale.
Exploitation et abus sexuels	Toute forme d'abus ou de tentative d'abus d'une position de vulnérabilité, d'un déséquilibre de pouvoir ou de la confiance d'une personne à des fins sexuelles. Il peut notamment s'agir de tirer un profit financier, social ou politique de l'exploitation sexuelle d'un tiers ¹³ .
Orientation sexuelle	Capacité d'une personne à ressentir une profonde attirance émotionnelle, affective et sexuelle envers des individus d'un autre genre que le sien, du même genre ou de genres divers, et à entretenir des relations intimes avec ces individus. <i>Voir également l'entrée OSIEGCS.</i>
OSIEGCS	Orientation sexuelle, identité et expression de genre et caractéristiques sexuelles. Terme générique souvent utilisé pour désigner les catégories de personnes présentant des identités diverses. Les directives PES emploient l'expression « personnes d'OSIEGCS diverses » pour désigner des catégories de personnes, mais utilisent des termes plus spécifiques pour identifier les individus : lesbienne, gay, transgenre, queer, intersexe ou non binaire.

¹¹ Vaughan-Eden, V., LeBlank, S. S. et Dzumaga, Y., « Succeeding with non-offending caregivers of sexually abused children », dans Geffner, R., White, J. W., Hamberger, L. K., Rosenbaum, A., Vaughan-Eden, V. et Vieth, V. I. (dir.), [Handbook of Interpersonal Violence and Abuse Across the Lifespan: A Project of the National Partnership to End Interpersonal Violence Across the Lifespan](#). Springer Cham, p. 1-20, 2020.

¹² Organisation mondiale de la Santé, [CIM-11 – Classification internationale des troubles mentaux et du comportement : Critères diagnostiques pour la recherche](#). OMS, Genève (Suisse), 2022.

¹³ Secrétariat des Nations Unies, « Circulaire du Secrétaire général : [Dispositions spéciales visant à prévenir l'exploitation et les abus sexuels](#) », ST/SGB/2003/13, 22 mars 2005.

Personne survivante/victime

Personne qui a subi des actes de violences basées sur le genre. Les termes « victime » et « personne survivante » peuvent être utilisés de manière interchangeable. Toutefois, on privilégie l'emploi de « victime » dans les secteurs juridique et médical, et de « personne survivante » dans le secteur de l'accompagnement psychologique et social. L'expression « enfant survivant » est utilisée tout au long des directives PES.

Transgenre

Terme générique employé pour désigner les personnes dont l'identité et/ou l'expression de genre ne correspondent pas au sexe assigné à la naissance. *Voir également l'entrée OSIEGCS.*

Chapitre 1

L'APPROCHE DE LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS SURVIVANTS

PRÉSENTATION DU CHAPITRE

Ce chapitre présente une approche spécifique pour la gestion des cas d'enfants ayant subi des violences sexuelles dans les situations de crise humanitaire. Cette approche s'inspire des bonnes pratiques de gestion des cas dans les secteurs de la VBG et de la protection de l'enfance. **L'approche de la prise en charge des enfants survivants (approche PES)** repose sur :

- » Des fondements théoriques qui soutiennent une approche spécifique de la gestion des cas d'enfants ayant subi des violences sexuelles ;
- » Des principes directeurs pour la mise en œuvre de la gestion des cas d'enfants ayant subi des violences sexuelles.

Outil associé

Normes minimales PES applicables à la gestion des cas, à destination des prestataires de services

INTRODUCTION

La définition précise de la gestion des cas varie légèrement d'une situation de crise humanitaire à l'autre, en fonction du domaine d'action concerné¹⁴. La définition de la gestion des cas fondée sur l'assistance sociale, le principal modèle adapté par le secteur de la protection de l'enfance et de la lutte contre la VBG dans les situations de crise humanitaire, est la suivante :

un mode de prestation de services, selon lequel un travailleur social (professionnel) évalue les besoins de la personne bénéficiaire et, s'il y a lieu, de sa famille, puis organise, coordonne, supervise, évalue et défend un ensemble de services divers pour répondre aux besoins complexes de la personne concernée¹⁵.

Les violences sexuelles infligées sont un problème complexe, qui nécessite des interventions multidimensionnelles et pluridisciplinaires, susceptibles de répondre au mieux aux besoins des enfants survivants et de contribuer à leur guérison. **L'approche PES est une approche de la gestion des cas spécifiquement conçue pour les enfants ayant subi des violences sexuelles et inspirée des bonnes pratiques de gestion des cas observées dans les secteurs de la protection de l'enfance et de la lutte contre la VBG.** Elle s'appuie sur des fondements théoriques et des principes directeurs importants pour proposer une perspective (ou un ensemble de perspectives) et un processus permettant

¹⁴ Les *Standards minimums pour la protection de l'enfance dans l'action humanitaire* définissent la gestion des cas comme un processus individualisé d'aide aux enfants et aux familles fondé sur la coordination des services et la gestion de l'information par des travailleurs sociaux désignés.

¹⁵ National Association of Case Workers, *NASW Standards for Social Work Case Management*. NASW, Washington D. C., 2013.

aux travailleurs sociaux d'assurer la gestion des cas d'enfants ayant subi des violences sexuelles. Enfin, l'approche PES repose sur un ensemble spécifique de connaissances, d'attitudes et de connaissances fondamentales que les travailleurs sociaux doivent maîtriser pour garantir l'efficacité du processus de gestion des cas.

LES FONDEMENTS THÉORIQUES DE L'APPROCHE PES

Les fondements théoriques de l'approche CSS de la gestion des cas sont inspirés des bonnes pratiques de protection de l'enfance et de lutte contre la VBG. Ils tiennent compte de la privation de pouvoir et de la détresse qui caractérisent l'expérience de la violence sexuelle pour les enfants, de la honte, de la stigmatisation et des divers effets néfastes qu'elle entraîne, ainsi que de la nécessité de mettre en œuvre des interventions fondées à la fois sur l'autonomisation et la compassion.

Gestion des cas centrée sur les bénéficiaires

Dans le cadre d'une gestion des cas centrée sur les bénéficiaires, les travailleurs sociaux mobilisent la personne bénéficiaire (et, le cas échéant, d'autres membres de la famille) dans tous les aspects de la gestion des cas. Ils adaptent leurs services aux besoins, aux préférences et aux objectifs de la personne bénéficiaire. Pour mettre en œuvre une gestion des cas conforme à l'approche PES centrée sur les bénéficiaires, les travailleurs sociaux doivent adopter une approche centrée à la fois sur l'enfant et sur la personne survivante.

Dans le cadre d'une approche centrée sur l'enfant, l'organisation et la prestation des services ainsi que la prise de décision doivent être centrées sur les besoins et l'intérêt supérieur des enfants et des adolescents. Par définition, l'approche centrée sur l'enfant doit être adaptée aux enfants et faciliter leur participation aux processus de prise en charge et de traitement. Elle suppose d'offrir aux enfants et aux adolescents des services à la fois accessibles et adaptés à leur âge, à leur stade de développement et aux divers facteurs susceptibles d'avoir une incidence sur leur capacité à prendre des décisions. Une approche centrée sur l'enfant vise à identifier et à tirer parti des facteurs de protection des enfants, notamment des forces de l'enfant et des personnes n'ayant pas commis de violences qui s'occupent de lui, tout en tenant compte des facteurs de risque. L'approche centrée sur l'enfant repose sur les [Standards minimums pour la protection de l'enfance dans l'action humanitaire](#) et sur les [Directives inter-agences relatives à la gestion des dossiers et la protection de l'enfance](#).

L'approche centrée sur la personne survivante est directement inspirée des services de lutte contre la VBG et ancrée dans la volonté d'autonomiser les femmes et les filles. L'approche centrée sur la personne survivante repose sur quatre principes directeurs – la sécurité, la confidentialité, le respect de la personne et du libre arbitre, et la non-discrimination – qui visent à créer un environnement bienveillant, à placer les personnes survivantes au cœur du processus de guérison et à les considérer comme des expertes de leur propre vie. Cette approche applique le principe visant à ne pas nuire, tout en favorisant la guérison des personnes survivantes. Dans la mesure du possible, les enfants ayant subi des violences sexuelles peuvent et doivent faire l'objet d'une approche centrée sur la personne survivante adaptée à leur âge et à leur stade de développement, et fondée sur des décisions et des services susceptibles de servir l'intérêt supérieur de l'enfant. Pour en savoir plus concernant l'approche centrée sur la personne survivante, veuillez consulter [les Directives relatives à la gestion inter-agence des cas de violence basée sur le genre](#) et [les normes minimales relatives à la lutte contre la VBG](#).

La personne dans son environnement

Le cadre axé sur la personne dans son environnement (on parle également de « cadre socioécologique ») reconnaît que les bénéficiaires ne peuvent être séparés de leur environnement et que le contexte dans lequel ils vivent au quotidien a une incidence sur leurs besoins. La façon dont les bénéficiaires accèdent aux services, les reçoivent et vivent cette expérience dépend également de leur environnement. Le cadre axé sur la personne dans son environnement reconnaît que l'injustice et la domination systémiques sont à l'origine d'une grande partie des difficultés rencontrées par les bénéficiaires. Appliqué à la question des violences sexuelles infligées aux enfants, ce cadre invite les travailleurs sociaux à analyser et à prendre en compte la façon dont ces violences interagissent avec d'autres formes de violence interpersonnelle, de détresse, ainsi que de violence et de domination sociales et systémiques.

L'analyse des rapports de pouvoir

On distingue quatre types de pouvoir auxquels la société autorise ou restreint l'accès en fonction des caractéristiques individuelles de la personne¹⁶. L'analyse des rapports de pouvoir repose sur l'idée que les violences sexuelles infligées aux enfants constituent, par définition, un abus de pouvoir (« pouvoir sur »). Ces violences sont intrinsèquement liées aux déséquilibres de pouvoir inhérents à la condition d'enfant, ainsi qu'aux dynamiques de violence sexuelle ancrées dans le déséquilibre de pouvoir entre l'enfant survivant et l'auteur des violences. Pour les travailleurs sociaux, l'analyse des rapports de pouvoir prend donc la forme d'un examen systématique de l'influence exercée par les rapports de pouvoir sur l'enfant et de la façon dont ce dernier vit et s'inscrit dans ces rapports, y compris dans le cadre d'une relation visant à apporter de l'aide.

Les quatre types de pouvoir

Pouvoir intérieur : Sentiment intime d'assurance, d'estime de soi et de dignité.

Pouvoir sur : Autorité, contrôle ou coercition – les violences relèvent toujours du « pouvoir sur ».

Pouvoir avec : Puissance associée à l'action collective – pouvoir transformateur lié à l'action d'un groupe d'individus.

Pouvoir de : Pouvoir lié à l'acquisition de nouvelles compétences, au renforcement des capacités ou à un processus d'enseignement et d'apprentissage.

Approche centrée sur les forces

Plutôt que de se concentrer sur le diagnostic ou les problèmes de la personne bénéficiaire, le travailleur social stimule, soutient et renforce la résilience et la capacité de croissance et de développement innées de l'enfant qui a subi des violences sexuelles. L'identification et le renforcement des atouts dont dispose l'enfant survivant sont une façon de lui rendre le pouvoir et le contrôle, et jouent donc un rôle essentiel dans l'action des travailleurs sociaux ainsi que dans la guérison et le rétablissement de l'enfant.

Utilisés conjointement, ces différents cadres d'intervention incitent les travailleurs sociaux à adopter une approche sensible aux questions de genre, intersectionnelle et centrée sur l'enfant, permettant de prendre en charge de manière holistique les enfants ayant subi des violences sexuelles.

¹⁶ Ces définitions sont adaptées du site Internet suivant : <https://raisingvoices.org/women/sasa-approach/>

LES PRINCIPES DIRECTEURS DE L'APPROCHE PES

L'approche PES s'appuie également sur des principes directeurs spécifiques, inspirés des bonnes pratiques des secteurs de la protection de l'enfance et de la lutte contre la VBG. Les travailleurs sociaux qui interviennent auprès d'enfants ayant subi des violences sexuelles doivent respecter ces principes.

Accorder la priorité à la sécurité physique et émotionnelle (à court et à long terme) de l'enfant et aider les personnes qui s'en occupent et les membres de la famille n'ayant pas commis de violences à accéder aux services appropriés.

Promouvoir l'intérêt supérieur des enfants ayant subi des violences sexuelles. Le bien-être de l'enfant doit rester la priorité tout au long de sa prise en charge et de son traitement. Par conséquent, il s'agit : d'évaluer les risques pour l'enfant et les personnes n'ayant pas commis de violences qui s'en occupent ; de déterminer leurs forces et les facteurs de protection ; d'engager un dialogue sur les effets positifs ou négatifs possibles afin d'éclairer la prise de décision ; et d'adopter la ligne de conduite la moins préjudiciable possible. Ces mesures visent à garantir le respect des droits de l'enfant à la sécurité et à un développement continu.

Obtenir le consentement ou l'assentiment éclairé en amont de la prestation de services. Il convient de prendre en compte la capacité d'évolution de l'enfant, qui peut être influencée aussi bien par des facteurs environnementaux (handicap, accès à l'éducation, etc.) que par les violences sexuelles subies. Des expériences négatives, en particulier récentes, peuvent temporairement empêcher l'enfant de donner son consentement. Si les travailleurs sociaux estiment que c'est le cas, il leur est recommandé de solliciter à nouveau le consentement ou l'assentiment à un stade ultérieur du processus de gestion des cas.

Garantir la confidentialité des services et prendre acte des modalités et des interlocuteurs choisis par l'enfant (et, le cas échéant, par la personne n'ayant pas commis de violences qui s'en occupe) pour partager son témoignage. Il s'agit donc de garantir :

- » La confidentialité de la collecte d'informations pendant les entretiens ;
- » Le partage des informations avec les personnes contribuant à la prise en charge de l'enfant, conformément aux normes internationales et uniquement en cas de nécessité et après avoir obtenu l'autorisation de l'enfant et/ou de la personne n'ayant pas commis de violences qui s'en occupe ;
- » La conservation en toute sécurité des informations relatives aux cas pris en charge.

Favoriser la participation constructive des enfants aux services fournis, notamment en les associant à la prise de décision. L'article 12 de la [Convention relative aux droits de l'enfant](#) stipule que les enfants capables de discernement ont le droit d'exprimer librement leur opinion sur toute question les intéressant et que les opinions des enfants doivent être dûment prises en compte en fonction de leur âge et à leur degré de maturité. Les enfants survivants et les personnes n'ayant pas commis de violences qui s'en occupent sont considérés comme des experts de leur propre vie et ont le droit de participer à la prise des décisions qui les concernent. Lorsqu'un travailleur social n'est pas en mesure de respecter le souhait exprimé par l'enfant, il doit systématiquement en expliquer la raison, discuter avec l'enfant de ses éventuelles préoccupations et continuer à accompagner ce dernier tout au long du processus d'application de la décision. La participation constructive de l'enfant différera en fonction de son âge, de son degré de maturité et de son genre :

- » Les capacités cognitives des jeunes enfants étant limitées, elles ne leur permettent pas de comprendre les choix qui s'offrent à eux ni d'évaluer les risques et les avantages associés à leurs décisions. C'est également le cas pour certains enfants dont le handicap altère les capacités cognitives ;
- » À mesure que les enfants grandissent et que leurs capacités évoluent, ils doivent être davantage consultés, notamment au sujet de ce dont ils ont besoin pour mieux vivre et se rétablir plus rapidement. Les adolescents et les adolescents plus âgés sont en mesure de contribuer considérablement à la prise de décision et, dans de nombreuses situations, de faire leurs propres choix en toute sécurité ;
- » Les filles sont défavorisées sur les plans de l'autorité et de l'influence sociales, du contrôle des ressources, du contrôle de leur corps, ainsi que de la participation à la vie publique et familiale.

Traiter chaque enfant de façon juste et équitable. Offrir le même niveau de qualité des soins et des traitements à tous les enfants, en fonction de leurs besoins individuels. Les besoins de chaque enfant varient en fonction de ses caractéristiques sociales, de son vécu, du type de violence subi, de l'identité de l'auteur des violences et de sa relation avec cette personne, de la durée des violences, etc.

Traiter les enfants avec respect, gentillesse et empathie. Les travailleurs sociaux doivent être source de réconfort, d'encouragement et de soutien pour les enfants qui divulguent des incidents de violences sexuelles. Ils ne doivent jamais remettre en cause leur parole ni les tenir pour responsables des violences qu'ils ont subies. L'une des responsabilités fondamentales des travailleurs sociaux consiste à s'assurer que les enfants auxquels ils proposent leurs services se sentent en sécurité, pris en charge et respectés en tant que bénéficiaires.

Reconnaître la spécificité de chaque enfant et de chaque famille. Chaque enfant et chaque famille dispose de ses propres atouts, ressources et mécanismes d'adaptation. Il appartient aux travailleurs sociaux de collaborer avec les bénéficiaires en vue de renforcer leurs stratégies d'adaptation et de servir l'intérêt supérieur de l'enfant. Dans le cadre du processus de guérison et de rétablissement, ils doivent repérer et tirer parti des forces innées de l'enfant et de sa famille. Ils doivent également déterminer les facteurs susceptibles de favoriser la résilience des enfants et en tirer parti dans le cadre de la prestation de services. Les enfants bien entourés, qui ont l'occasion de participer de manière constructive à la vie familiale et communautaire, et qui se considèrent comme des personnes fortes sont plus susceptibles de guérir et de se rétablir des violences sexuelles.

Comprendre les caractéristiques sociales et l'expérience individuelle de chaque enfant. Les prestataires de services doivent également analyser leurs propres attitudes, croyances et préjugés à l'égard des enfants et des adolescents, du genre et de l'égalité des genres, ainsi que des violences sexuelles. En effet, ces éléments peuvent influencer positivement ou négativement la capacité des enfants à guérir et à se rétablir des violences sexuelles¹⁷.

Les chapitres 2 à 4 présentent les domaines de connaissances, les attitudes et les compétences correspondant aux fondements théoriques et aux principes directeurs de l'approche PES. Les chapitres 5 à 8 fournissent des indications concernant l'application de l'approche PES dans le cadre des interventions directes.

¹⁷ 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*. Basic Books, 2007.

NORMES MINIMALES PES APPLICABLES À LA GESTION DES CAS À DESTINATION DES PRESTATAIRES DE SERVICES

Mesures obligatoires	Remarques
1. Le personnel responsable de la gestion des cas est formé à l'approche PES et les organismes de prestation de services disposent des connaissances, des attitudes et des compétences nécessaires.	
2. Un système de supervision est en place pour les travailleurs sociaux responsables de la prise en charge des enfants survivants.	
3. Les dossiers des enfants sont stockés dans un lieu sûr et verrouillé qui permet de garantir la confidentialité.	
4. Un système d'orientation documenté et fonctionnel est en place pour les enfants.	
5. Les entretiens avec les enfants et les personnes qui s'en occupent se déroulent dans un espace privé.	
6. Les procédures et les formulaires de consentement éclairé et de confidentialité sont adaptés aux enfants survivants.	

Mesures recommandées	Remarques
1. Les travailleurs sociaux utilisent des formulaires de gestion des cas adaptés aux enfants.	
2. Les travailleurs sociaux reçoivent les bénéficiaires dans des salles équipées d'objets adaptés aux enfants (jouets, fournitures d'arts plastiques, poupées, etc.), qu'ils pourront utiliser dans le cadre de leurs interactions avec les enfants survivants.	
3. Des supports pédagogiques relatifs aux violences sexuelles et adaptés aux enfants sont disponibles et peuvent être consultés par ces derniers.	
4. Le site de gestion des cas est équipé de diverses fournitures adaptées aux enfants (vêtements, etc.).	
5. Des interventions psychosociales spécifiques sont proposées dans le cadre de la gestion des cas.	

Chapitre 2

LES PRINCIPAUX DOMAINES DE CONNAISSANCES

PRÉSENTATION DU CHAPITRE

Ce chapitre présente les connaissances fondamentales nécessaires aux travailleurs sociaux qui interviennent auprès d'enfants ayant subi des violences sexuelles, en complément d'autres connaissances et compétences professionnelles. Il s'inspire de l'ensemble des informations disponibles concernant la portée, l'évolution et les conséquences des violences sexuelles infligées aux enfants et aux adolescents¹⁸. S'il y a lieu, il appartient aux utilisateurs des directives PES d'adapter le contenu de ce chapitre au contexte local et à la population concernée.

Outil associé

Outil d'évaluation PES des connaissances

INTRODUCTION

La maîtrise approfondie des questions relatives aux violences sexuelles infligées aux enfants joue un rôle central dans la prise en charge et le traitement appropriés des enfants survivants et de leur famille. Sans une connaissance précise du sujet, les prestataires de services risquent de perpétuer des croyances néfastes susceptibles d'aggraver la détresse émotionnelle des enfants survivants et d'empêcher leur guérison. Les travailleurs sociaux doivent appréhender les violences sexuelles infligées aux enfants de manière exhaustive et être en mesure de fournir des informations exactes aux enfants et aux personnes qui s'occupent d'eux. Ainsi, ils pourront :

- » Aider les enfants à comprendre et à gérer les conséquences des violences sexuelles en prenant appui sur des processus d'éducation et de partage d'informations centrés sur l'enfant ;
- » Aider les familles à se rétablir en leur transmettant des connaissances relatives aux violences sexuelles infligées aux enfants et en apportant un soutien aux enfants survivants et aux personnes n'ayant pas commis de violences qui s'occupent d'eux ;
- » Former les prestataires de services afin d'éviter qu'ils ne transmettent aux enfants, aux familles et/ou aux membres des communautés de fausses informations en matière de violences sexuelles.

¹⁸ Les informations présentées dans cette section sont issues de différentes sources de données. Les trois principales ressources utilisées sont le National Child Traumatic Stress Network (www.nctsn.org) ; Stop it Now: Together We Can Prevent Child Sexual Abuse (www.stopitnow.com) ; et Levine, P., *Trauma through a child's eye*, North Atlantic Books, 2007.

DOMAINE DE CONNAISSANCES 1 : LA DÉFINITION DES VIOLENCES SEXUELLES INFLIGÉES AUX ENFANTS

La violence sexuelle est un abus de pouvoir exercé sur un enfant et constitue une violation de son droit à la vie et à un développement équilibré fondé, entre autres, sur des relations de confiance. Il n'existe pas de définition universelle des violences sexuelles infligées aux enfants¹⁹. Les directives PES s'inspirent de diverses définitions du viol, de la violence sexuelle et de la violence sexuelle infligée aux enfants pour établir la définition suivante :

Toute forme d'activité sexuelle, physique ou non, imposée à un enfant par un adulte ou par un autre enfant exerçant un pouvoir sur lui.

Les violences sexuelles infligées aux enfants **impliquent souvent, mais pas systématiquement, un contact physique**. Le cas échéant, elles peuvent prendre la forme de baisers et d'attouchements à caractère sexuel, de rapports bucco-génitaux ou d'une pénétration anale ou vaginale. Parmi les actes de violence sexuelle impliquant un contact physique ou un attouchement, on peut notamment citer :

- » Le viol, sous la forme d'une :
 - Pénétration vaginale, anale ou buccale avec le pénis ou une autre partie du corps (doigt ou langue, par exemple).
 - Pénétration vaginale ou anale par l'intermédiaire d'un objet ;
- » Des attouchements au niveau des organes génitaux ou des parties intimes de l'enfant à des fins sexuelles ;
- » L'obligation faite à l'enfant de toucher les organes génitaux d'une tierce personne ou de participer à des jeux à caractère sexuel.

La violence sexuelle n'implique pas nécessairement la pénétration, l'usage de la force, la douleur, ni même le contact physique. Tout comportement à caractère sexuel (parler à l'enfant en utilisant un langage inapproprié à connotation sexuelle, lui demander de montrer ses parties intimes et/ou lui montrer ses propres parties intimes) peut être considéré comme un acte de violence sexuelle. Parmi les actes de violence sexuelle qui n'impliquent pas de contact physique ou d'attouchement, on peut notamment citer :

- » Le fait de montrer à l'enfant des images d'hommes et/ou de femmes nus pour satisfaire le plaisir sexuel ou l'intérêt de l'adulte ;
- » Le fait de montrer délibérément à l'enfant les organes génitaux de l'adulte pour satisfaire le plaisir sexuel ou l'intérêt de ce dernier ;
- » Le fait de photographier l'enfant dans des positions à caractère sexuel ;
- » Le fait d'encourager l'enfant à regarder ou à écouter des actes sexuels ;
- » Le fait de regarder l'enfant se déshabiller ou aller aux toilettes pour satisfaire le plaisir sexuel ou l'intérêt de l'adulte ;
- » Le fait de contraindre un enfant à assister à un viol et/ou à tout autre acte de violence sexuelle.

Les actes de violence sexuelle qui n'impliquent pas de contact physique peuvent être perpétrés en personne ou par le biais d'outils technologiques. Les nouvelles technologies, en particulier l'accès à Internet, les forums de discussion et les réseaux sociaux, ont multiplié les possibilités et les formes de violence sexuelle. Depuis quelques années, en particulier dans le contexte de la COVID-19 et avec l'accès accru et non encadré à Internet et aux médias sociaux, on observe une multiplication des cas d'enfants contraints ou forcés de produire ou de partager des images ou des vidéos d'eux en ligne, d'adultes photographiant ou filmant des enfants à des fins de diffusion en ligne, voire d'enfants agressés sexuellement et filmés à des fins de partage en ligne ou de diffusion en direct²⁰.

¹⁹ Organisation mondiale de la Santé, *Prévention de la violence et des traumatismes – Changements sociaux et santé mentale : Rapport de la consultation sur la prévention de la maltraitance de l'enfant*. Genève (Suisse), p. 13-17, 29-31 mars 1999.

²⁰ Domaine de responsabilité Violences basées sur le genre pour l'ensemble de la Syrie, *Voices from Syria*, 2022.

La violence sexuelle infligée aux enfants est à la fois une forme de maltraitance des enfants et de VBG. Les déséquilibres de pouvoir et les inégalités qui reposent sur le genre et l'âge favorisent les violences sexuelles infligées aux enfants²¹.

Les normes sociales patriarcales, en particulier, renforcent les prérogatives masculines en matière de sexualité, normalisent la violence sexuelle et font des enfants, notamment des filles, de véritables marchandises (comme en témoignent des pratiques telles que le « prix de la fiancée » et le versement de la dot²²). Ces normes restreignent également le contrôle qu'exercent les femmes et les filles sur leur propre sexualité, en mettant l'accent sur les notions de « pureté » (nécessité de rester vierge), de dépendance et de soumission. Des formes de violence sexuelle infligée aux enfants telles que l'inceste et la pédophilie sont à la fois façonnées et perpétuées par l'existence de ces systèmes patriarcaux et idéologies masculines néfastes²³.

DOMAINE DE CONNAISSANCES 2 : L'AMPLEUR DU PROBLÈME

Les violences sexuelles infligées aux enfants constituent l'une des plus grandes crises de notre époque et peuvent toucher tous les enfants, quels que soient leur âge, leur genre et le pays dans lequel ils vivent²⁴. Il est indispensable que les acteurs responsables de la prise en charge de ces enfants au sein des communautés soient informés de l'existence et des caractéristiques de ces violences, aussi bien à l'échelle mondiale que locale. Les statistiques peuvent varier d'un pays et d'un rapport à l'autre. Toutefois, les données disponibles semblent indiquer que :

- » Les cas de violences sexuelles infligées aux enfants (notamment par le biais d'outils technologiques) sont plus nombreux que les signalements ;
- » La probabilité de subir des violences sexuelles est jusqu'à trois fois plus élevée pour une fille que pour un garçon²⁵ ;
- » La majorité des auteurs de violences sexuelles sont des hommes²⁶ ;
- » Une méta-analyse des violences sexuelles en ligne infligées aux adolescents a montré que 12 % des adolescents étaient sollicités en ligne et que 20 % d'entre eux étaient confrontés à des situations d'exploitation sexuelle en ligne contre leur gré²⁷ ;
- » Les violences sexuelles que subissent les enfants leur sont souvent infligées à l'intérieur de leur propre foyer. 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 perpétrés au sein du cercle familial²⁸ ;
- » Le plus souvent, les enfants qui subissent des violences sexuelles connaissent l'auteur des violences, qui fait généralement partie de leur famille, de leur entourage, de leur cercle d'amis ou des adultes en qui ils ont confiance²⁹ ;

²¹ Haristi, R. et Adriany, V., « Toxic masculinity in sexual violence against children in Indonesia: From a feminist point of view ». *Early Childhood Education in the 21st Century* (première édition), Routledge, 2019.

²² Ibid.

²³ Kelly, R. J. et Lusk, R., « Theories of pedophilia », dans O'Donahue, W. et Geer, J. (dir.), *The Sexual Abuse of Children: Theory and Research*, vol. 1, Routledge, 1992.

²⁴ Together for Girls, The Equality Institute et la Oak Foundation, *What Works to Prevent Sexual Violence Against Children: Evidence Review*, 2019.

²⁵ Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Action to end child sexual abuse and exploitation: A review of the evidence*. UNICEF, 2020.

²⁶ Barth, J., Bermetz, L., Heim, E., Trelle, S. et Tonia, T., « The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis ». *International Journal of Public Health*, vol. 58, no 3. DOI : 10.1007/s00038-012-0426-1, 2013.

²⁷ Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H. A. et Hamby, S. L., « The lifetime prevalence of child sexual abuse and sexual assault assessed in late adolescence ». *Journal of Adolescent Health*, vol. 55, no 3, 2014. DOI : 10.1016/j.jadohealth.2013.12.026. PMID : 24582321. Publication électronique : 25 février 2014.

²⁸ Radford, L., Allnock, D. et Hynes, P., *Preventing and Responding to Child Sexual Abuse and Exploitation: Evidence Review*. UNICEF, 2015.

²⁹ Madigan, S., Villani, V., Azzopardi, C., Laut, D. et al., « The prevalence of unwanted online sexual exposure and solicitation among youth: A meta-analysis ». *Journal of Adolescent Health*, vol. 63, no 2, 2018.

²⁸ Howe, D., *Child Abuse & Neglect: Attachment, Development, and Intervention*, Red Globe Press, Londres, 2005.

²⁹ Radford, L., Allnock, D. et Hynes, P., Ibid., UNICEF, 2015.

- » À l'échelle mondiale, les filles qui se marient avant l'âge de 15 ans sont 50 % plus susceptibles de subir des violences physiques ou sexuelles au sein du couple, et les filles mariées sont plus susceptibles de décrire leur première expérience sexuelle comme un rapport forcé³⁰. (Que les expériences sexuelles soient décrites comme forcées ou non par les filles mariées, elles sont toujours considérées comme des violences sexuelles, dès lors que les filles ne sont pas en mesure de donner leur consentement dans le cadre de ces relations déséquilibrées, en particulier lorsqu'elles ont moins de 15 ans) ;
- » Au fur et à mesure que les filles et les garçons entrent dans l'adolescence (15 à 17 ans), le taux de violences sexuelles augmente chez les filles et diminue chez les garçons, ce qui témoigne de l'influence du genre, de l'âge et du stade de développement sur les violences sexuelles infligées aux enfants. Ces facteurs ont également une incidence sur les conséquences de ces violences³¹.

DOMAINE DE CONNAISSANCES 3 : LES AUTEURS DES VIOLENCES SEXUELLES INFLIGÉES AUX ENFANTS

Qui sont les auteurs des violences sexuelles infligées aux enfants ?

Les caractéristiques des auteurs des violences varient en fonction de la culture et du contexte local. Toutefois, dans la grande majorité des cas, il s'agit d'hommes³². Les femmes peuvent également perpétrer des violences sexuelles, mais cela arrive beaucoup plus rarement (et il s'agit le plus souvent de violences non physiques, telles que la coercition des filles à des fins d'activités sexuelles rémunérées³³). Les auteurs des violences peuvent être des membres de la famille (père, grand-parent, frère, sœur, oncle, tante, cousin, cousine, etc.). Il peut également s'agir de voisins, de chefs religieux, d'enseignants, d'agents de santé ou de toute autre personne en contact étroit avec les enfants. Par conséquent, un enfant peut connaître plusieurs incidents de violences sexuelles et ces violences sont susceptibles de s'inscrire dans la durée. Bien que cela soit plus rare selon les statistiques, les enfants peuvent également subir des violences sexuelles infligées par une personne qu'ils ne connaissent pas. Dans les situations de crise humanitaire, il peut s'agir de travailleurs humanitaires qui se rendent coupables d'exploitation et d'abus sexuels à l'encontre des enfants issus des populations desservies.

Comment les auteurs des violences abusent-ils de leur pouvoir ?

Tous les cas de violences sexuelles infligées aux enfants présentent une caractéristique commune : l'abus de pouvoir sur un enfant à des fins sexuelles. Sur les plans biologique et juridique, les enfants sont dans une position de dépendance à l'égard des personnes qui s'occupent d'eux et des autres adultes de leur entourage. Les adultes qui infligent des violences sexuelles à des enfants disposent d'un pouvoir plus important que ces derniers, que ce soit en matière d'autorité, de force physique, de taille et d'influence³⁴. En règle générale, les auteurs des violences savent et comprennent mieux que les enfants ce qui peut être considéré comme un comportement sexuel inacceptable au regard de la loi et des mœurs, en fonction de critères tels que l'âge, le stade de développement, l'intelligence, le handicap et le statut social. Il arrive également que les auteurs des violences se trouvent dans une position privilégiée par rapport à l'enfant et à sa famille, ce qui exacerbe le déséquilibre de pouvoir entre l'enfant et l'auteur des violences. Comme en

³⁰ <https://www.fillespasepouses.org/apprentissage-ressources/mariage-des-enfants-et-sant%C3%A9/mariage-des-enfants-et-violences-basees-sur-le-genre/>

³¹ Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H. A. et Hamby, S. L., « The lifetime prevalence of child sexual abuse and sexual assault assessed in late adolescence ». *Journal of Adolescent Health*, vol. 55, n° 3, 2014. DOI : 10.1016/j.jadohealth.2013.12.026. PMID : 24582321. Publication électronique : 25 février 2014.

³² Deblinger, E., Mannarino, A. P., Cohen, J. A., Runyon, M. K. et Heflin, A. H., *Child Sexual Abuse: A Primer for Treating Children, Adolescents, and their Nonoffending Parents* (deuxième édition). Oxford University Press, 2015.

³³ Gerke, J., Rassenhofer, M., Witt, A., Sachser, C. et Fegert, J. M., « Female-perpetrated child sexual abuse: Prevalence rates in Germany ». *Journal of Child Sexual Abuse*, vol. 29, no 3, p. 263-277, 2020.

³⁴ Deblinger, E., Mannarino, A. P., Cohen, J. A., Runyon, M. K. et Heflin, A. H., Ibid., Oxford University Press, 2015.

témoignent les faits, les auteurs des violences tendent à rechercher l'établissement d'un lien de confiance avec l'enfant, un pouvoir accru et un accès facilité, de manière à mettre en place une stratégie appelée « pédopiéage » visant à commettre des violences sexuelles (voir ci-après).

Comment les auteurs des violences font-ils des enfants leurs victimes ?

On distingue trois méthodes communément employées pour perpétrer des violences à l'égard des enfants :

- » L'auteur des actes a recours à la menace, à la force et à la violence pour perpétrer les violences à l'égard de l'enfant ;
- » L'auteur des actes saisit une occasion spécifique pour perpétrer les violences à l'égard de l'enfant (il s'agit alors généralement d'un incident isolé) ;
- » L'auteur des actes a recours au pédopiéage.

Il est important de noter que les violences sexuelles infligées aux enfants prennent parfois des formes plus difficiles à circonscrire et à identifier comme des violences. C'est particulièrement vrai en ce qui concerne les adolescentes, chez qui la notion de comportement approprié évolue à mesure qu'elles grandissent (le mariage précoce, par exemple, peut être considéré comme acceptable dans certains contextes culturels, mais n'en demeure pas moins une forme de violence sexuelle infligée à l'enfant).

Le pédopiéage est une stratégie souvent employée par les auteurs de ces actes, que ce soit en personne et/ou en ligne, avant d'infliger des violences sexuelles à un enfant. Le pédopiéage est un processus complexe, auquel l'auteur des violences a recours pour établir une relation de confiance avec l'enfant et le convaincre de participer à des activités sexuelles³⁵. Cette pratique consiste généralement, pour l'auteur des actes, à repérer l'enfant, à créer les conditions nécessaires pour communiquer avec cet enfant, à établir un lien exclusif ou « spécial », puis à sexualiser progressivement la relation avec l'enfant. Dans le cadre du processus de pédopiéage, les auteurs des violences entretiennent généralement avec l'enfant des liens émotionnels qui incitent l'enfant à se conformer aux désirs de l'adulte et l'empêchent de déceler le caractère abusif de cette relation³⁶. Le pédopiéage réduit la probabilité de divulgation des violences en nourrissant chez l'enfant des sentiments complexes et contradictoires à l'égard de l'auteur des violences, et en l'encourageant à penser qu'il est partie prenante ou responsable des violences sexuelles subies. Il arrive également que les auteurs des violences utilisent le pédopiéage à l'encontre d'autres membres importants de l'entourage de l'enfant, tels que les parents, les personnes qui s'occupent de l'enfant ou d'autres membres de la famille. L'objectif reste le même : perpétrer les violences et réduire la probabilité de signalement ou de recours à une aide extérieure.

³⁵ Ibid.

³⁶ Cashmore, J. et Shackel, R., « [Gender differences in the context and consequences of child sexual abuse](#) ». *Current Issues in Criminal Justice*, vol. 26, n° 1, 2014.

DOMAINE DE CONNAISSANCES 4 : LES ENFANTS ET LA DIVULGATION DES VIOLENCES SEXUELLES

Le terme « divulgation³⁷ » désigne l'acte consistant à divulguer à un tiers la survenue de violences sexuelles infligées à un enfant. La capacité d'un enfant à divulguer les violences sexuelles qu'il a subies dépend de plusieurs facteurs, notamment l'âge, le stade de développement, le sentiment de sécurité, les ressources disponibles et d'autres facteurs contextuels tels que la place accordée aux questions de genre, et les normes sociales et culturelles. La décision de divulguer les violences sexuelles subies n'est jamais prise en totale autonomie, mais s'inscrit dans un contexte social spécifique.

En règle générale, la divulgation des violences sexuelles est un processus, et ce dernier est rarement linéaire et continu. Certains enfants commencent par « sonder le terrain » en donnant aux adultes et à leurs pairs des indices concernant les violences sexuelles subies, puis en observent leur réaction³⁸. En fonction de cette dernière, l'enfant survivant peut alors décider de divulguer pleinement ou de garder pour lui les violences qu'il a subies. Lorsqu'un adulte réagit par la colère, les reproches, l'incrédulité, la stupeur ou toute autre réaction néfaste, cela risque d'inhiber la parole de l'enfant et/ou de l'inciter à nier les violences sexuelles vécues.

Par ailleurs, on observe souvent un décalage de plusieurs semaines, voire de plusieurs années entre les violences sexuelles elles-mêmes et leur divulgation par les enfants survivants. C'est particulièrement vrai pour les enfants survivants qui se sentent responsables des violences subies ou qui ont été agressés par un membre de leur famille. De nombreux enfants gardent le silence jusqu'à l'âge adulte sur les violences sexuelles qu'ils ont subies³⁹. Les efforts déployés pour garder le secret sur ces violences peuvent entraîner une profonde détresse psychologique chez les enfants concernés, qui se sentent parfois déchirés entre le désir et la crainte d'en parler à un tiers de confiance⁴⁰. Lorsqu'un enfant révèle les violences sexuelles subies, il appartient aux prestataires de services de réagir avec compassion, calme et bienveillance.

Pour en savoir plus sur l'attitude à adopter en cas de divulgation de violences sexuelles, veuillez consulter le [chapitre 4](#).

³⁷ Les informations fournies dans cette section sont issues de trois ressources principales : [National Child Traumatic Stress Network, Stop it Now!](#) et Levine, P., *Trauma through a child's eye*. North Atlantic Books, 2007.

³⁸ Tracy, N., « [Warning Signs of Child Sexual Abuse](#) ». HealthyPlace, page consultée le 2 juin 2023.

³⁹ Deblinger, E., Mannarino, A. P., Cohen, J. A., Runyon, M. K. et Heflin, A. H., [Child Sexual Abuse: A Primer for Treating Children, Adolescents, and their Nonoffending Parents \(deuxième édition\)](#). Oxford University Press, 2015.

⁴⁰ Ibid.

L'identification des enfants survivants

De nombreux acteurs de la protection de l'enfance sont formés à l'identification ou à la recherche active des enfants victimes ou exposés à des risques de violence. En effet, les enfants les plus jeunes ou les plus petits ne sont pas toujours en mesure de se protéger ni de faire appel aux services appropriés par leurs propres moyens. Toutefois, lorsqu'il est question de violences sexuelles, il est recommandé de ne pas faire appel à ce type d'identification, afin d'éviter :

- » D'exposer l'enfant survivant au risque de nouvelles violences, notamment aux représailles violentes de l'auteur des actes et/ou de sa famille et des membres de sa communauté ;
- » De reproduire les rapports de victimisation, de pouvoir et de contrôle imposés à l'enfant par l'auteur des violences ;
- » De compromettre le droit de l'enfant survivant au consentement/à l'assentiment et à la confidentialité.

Bien qu'il ne soit pas recommandé de rechercher activement les cas de violences sexuelles infligées aux enfants, les travailleurs sociaux et autres prestataires de services compétents doivent être en mesure d'identifier les signes et les symptômes révélateurs de ce type de situation ou de risque. Lorsqu'un enfant est exposé à des violences sexuelles ou à un risque de cette nature, il appartient aux travailleurs sociaux et aux autres prestataires de services compétents de trouver un moyen sûr de communiquer avec cet enfant (et/ou avec la personne n'ayant pas commis de violences qui s'en occupe, en fonction de l'âge/du stade de développement de l'enfant), afin qu'il se sente suffisamment en sécurité pour divulguer les violences subies.

Les différents types de divulgation

Les violences sexuelles infligées aux enfants peuvent être divulguées de manière directe ou indirecte.

- » **divulgation directe** : Lorsque l'enfant ayant subi des violences sexuelles ou les membres de sa famille/ses amis informent directement et volontairement un tiers (un prestataire de services, un membre de la communauté, un pair, etc.) des violences sexuelles qui lui ont été infligées. Des travaux de recherche récents montrent que les enfants ont tendance à divulguer les violences subies à leur mère davantage qu'à tout autre adulte ou pair⁴¹.
- » **divulgation indirecte** : Également appelée « divulgation accidentelle ». Lorsqu'une personne est témoin de violences sexuelles infligées à un enfant, ou lorsqu'une personne (par exemple, un membre du personnel médical ou infirmier, ou une personne n'ayant pas commis de violences qui s'occupe de l'enfant) prend conscience de ces violences après avoir repéré leurs signes chez l'enfant (par exemple, une infection sexuellement transmissible ou une grossesse).

Les divulgations directes et indirectes peuvent avoir lieu avec ou sans le consentement/l'assentiment de l'enfant. Les enfants peuvent par exemple divulguer 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 « divulgation directe et involontaire ». Cependant, les enfants peuvent également divulguer les violences sexuelles eux-mêmes, de leur plein gré, à des adultes de confiance ou à des prestataires de services. C'est la « divulgation directe et volontaire ».

⁴¹ Ibid.

Dès lors que les prestataires de services entreprennent la prise en charge et le traitement d'un enfant, il est indispensable qu'ils tiennent compte de la façon, volontaire ou involontaire, dont les violences ont été divulguées. Les modalités de cette divulgation, le nombre de personnes mises au courant, la façon dont l'enfant a réagi à la divulgation des violences subies et le nombre de personnes qui ont discuté avec l'enfant après la divulgation sont autant de facteurs susceptibles d'influer sur sa volonté de partager ou non son expérience. Certains enfants sont disposés à parler des violences sexuelles qu'ils ont subies et à recevoir de l'aide, tandis que d'autres éprouvent de la peur. L'expérience de chaque enfant est unique et doit être acceptée en tant que telle.

Obstacles les plus courants à la divulgation des violences sexuelles pour les jeunes enfants et les adolescents survivants

- » **La peur des conséquences** : De nombreux enfants ont peur de divulguer les violences subies à un adulte parce qu'ils se sentent menacés physiquement ou qu'ils ont peur d'être séparés de leur famille. Certains craignent également qu'on leur reproche de faire honte à leur famille ou d'avoir fait appel à des autorités extérieures. La peur des conséquences est parfois plus forte que la peur des violences elles-mêmes.
- » **La peur de ne pas être cru** : Les enfants ont souvent peur que les adultes ne les croient pas. Ils craignent que leurs parents, les chefs communautaires ou religieux, et les membres de leur clan ou de leur communauté refusent de les écouter et de les aider. L'auteur des violences peut exploiter cette peur et convaincre l'enfant que personne ne le croira, que le fait de parler lui attirera des problèmes, etc.
- » **La manipulation** : Il arrive que l'auteur des violences manipule ou soudoie l'enfant (par exemple, en lui offrant un cadeau en échange de son silence). Souvent, l'auteur des violences fait en sorte que l'enfant ait honte ou qu'il se sente coupable des violences qui lui sont infligées. Il peut ainsi culpabiliser l'enfant en lui reprochant d'avoir provoqué les violences.
- » **La culpabilité** : Certains enfants pensent être responsables des violences ou les avoir méritées (il arrive par exemple que l'enfant se reproche d'avoir invité l'auteur des violences chez lui ou de s'être trouvé au mauvais endroit au mauvais moment). L'enfant peut avoir le sentiment d'avoir laissé faire l'auteur des violences alors qu'il aurait dû l'empêcher d'agir. En aucun cas un enfant ne saurait être tenu pour responsable des violences sexuelles qui lui sont infligées.
- » **La protection** : L'enfant s'efforce parfois de protéger l'auteur des violences et/ou sa famille, en particulier lorsque la personne fait partie de ses proches ou de son cercle familial.
- » **L'âge** : Les enfants les plus jeunes n'ont pas toujours conscience que ce qui leur est infligé relève de la violence sexuelle. Ils peuvent considérer qu'il s'agit d'une situation normale, en particulier lorsqu'ils connaissent l'auteur des actes et lui font confiance. À cet âge, le niveau de maîtrise du langage et le stade de développement de l'enfant peuvent également faire obstacle à la divulgation des violences.
- » **Le handicap** : L'incapacité de l'enfant à parler ou à prendre contact avec un prestataire de services peut constituer un obstacle à la divulgation des violences.

Toute divulgation de violences sexuelles doit être écoutée avec respect et considérée comme vraie. Il appartient aux personnes qui s'occupent de l'enfant, aux prestataires de services et aux adultes de faire peser la responsabilité des violences sur l'auteur des actes, et non sur l'enfant.

DOMAINE DE CONNAISSANCES 5 : LES BESOINS DES ENFANTS SURVIVANTS

Pour se remettre des violences sexuelles subies, les enfants survivants ont besoin à la fois d'une réponse immédiate à leurs besoins essentiels ainsi que d'interventions et d'un soutien à plus long terme. Parmi les besoins à long terme, on peut notamment citer :

- » **Les besoins ayant trait à la sécurité physique et émotionnelle :** Pour répondre à ce type de besoins, les services de gestion des cas proposés par les prestataires doivent inclure des interventions de soutien en situation de crise. Des services d'intervention immédiate doivent permettre aux enfants d'accéder rapidement à des soins de santé. Ces interventions immédiates jouent un rôle essentiel et préparent le terrain pour la prise en charge des besoins à plus long terme et l'instauration d'un processus global de guérison et de rétablissement.
- » **Les besoins psychologiques :** Les enfants ont besoin de soutien pour se sentir en sécurité et faire de nouveau confiance aux adultes, comprendre leurs propres sentiments à l'égard des violences subies et faire face aux effets secondaires (*flashbacks* des violences, pensées obsessionnelles sur les violences et autres difficultés d'ordre émotionnel). Dans le cadre d'une prise en charge des enfants centrée sur leurs forces, les prestataires de services peuvent commencer par repérer les personnes avec lesquelles l'enfant se sentait en sécurité avant les violences, identifier les adultes qui ont été informés des violences et ont réagi de manière bienveillante, et travailler aux côtés de ces adultes pour comprendre les conséquences des violences sur l'enfant.
- » **Les besoins sociaux :** Pour de nombreux enfants survivants, l'expérience de la violence sexuelle est source d'isolement et d'aliénation. Les enfants (et les familles) ont besoin d'aide pour guérir et se rétablir des conséquences individuelles et relationnelles des violences sexuelles. L'épanouissement d'un enfant repose sur la mise en place de rituels et d'habitudes régulières. Pour les aider à retrouver un sentiment de normalité, il est important de veiller à ce qu'ils retournent à l'école, participent à des événements communautaires, etc. Lorsque des adultes et des pairs de confiance ont été identifiés, il peut également être utile de travailler avec l'enfant au renforcement de ces relations, de manière à répondre à ses besoins sociaux.
- » **Les modalités de prise en charge :** Si les violences ont été infligées au sein du foyer et que l'enfant ne peut pas y retourner, il aura besoin d'un lieu sûr pour se rétablir. Dans la mesure du possible, pour éviter les tensions, le renouvellement des violences et les tentatives d'évitement de la prise en charge, il convient de travailler aux côtés de l'enfant à la définition de modalités de prise en charge qui lui permettront de conserver autant de contrôle que possible et de désigner les personnes avec lesquelles il se sent le plus en sécurité.
- » **Besoins juridiques/judiciaires :** Les enfants ont droit à la justice et peuvent avoir besoin d'un soutien dans le cadre de l'enquête et des poursuites judiciaires. Les systèmes judiciaires présentent souvent des dysfonctionnements ; même dans les plus fonctionnels d'entre eux, l'enfant peut être confronté à des phénomènes de culpabilisation des victimes de la part de la police, des avocats, des juges et des autres acteurs du système. Il convient donc de repérer les principaux problèmes structurels auxquels l'enfant et sa famille sont susceptibles d'être confrontés au sein de ce système. Pour aider l'enfant à se sentir plus autonome et plus en sécurité au sein du système judiciaire, il peut être utile de lui décrire avec transparence et sincérité les expériences auxquelles il risque d'être confronté et les exigences relatives à l'obligation de signalement qui s'appliquent.

- » **Autres interventions de protection** : Les enfants séparés de leur famille, non accompagnés ou confrontés à d'autres risques de protection nécessitent la mise en place d'interventions de protection ciblées. Certains de ces enfants ont été livrés à eux-mêmes pendant des mois, voire des années avant d'être pris en charge par un prestataire de services. Le cas échéant, les travailleurs sociaux peuvent mettre l'accent sur les atouts de l'enfant en prenant acte de sa situation et des décisions qui lui ont permis de survivre avec aussi peu de soutien. Le fait de faire participer les enfants à la réflexion concernant les autres interventions de protection à mettre en place est une façon de reconnaître la façon dont ils ont pris leurs décisions jusque-là et ce qu'ils ont été capables d'accomplir sans aide extérieure.

DOMAINE DE CONNAISSANCES 6 : LE GENRE ET LES VIOLENCES SEXUELLES INFLIGÉES AUX ENFANTS

Les violences sexuelles infligées aux enfants sont un phénomène genré, qui se nourrit des inégalités de genre existantes. En règle générale, le taux de signalement des violences sexuelles est trois fois plus élevé chez les filles que chez les garçons, sauf dans certains contextes spécifiques⁴². Bien que les filles et les garçons soient, dans une large mesure, confrontés aux mêmes effets de la violence et aux mêmes difficultés, ils ne les vivent pas toujours de la même manière et font parfois face à des conséquences et à des réactions sociales différentes. Les filles et les garçons ne partagent pas toujours les mêmes facteurs de risque, les mêmes expériences de la violence sexuelle ni les mêmes modalités d'accès aux services, et les impacts à court et à long terme auxquels ils sont confrontés diffèrent souvent⁴³. Les croyances et les stéréotypes culturels propres à chaque contexte jouent également un rôle significatif dans ces différences.

Les spécificités de genre ayant un impact sur les filles

Les violences sexuelles infligées aux filles se nourrissent des inégalités de genre existantes⁴⁴. Les normes sociales patriarcales mettent l'accent sur les prérogatives masculines en matière de sexualité, normalisent les violences sexuelles et font des filles de véritables marchandises. Les systèmes patriarcaux qui favorisent les inégalités de genre ont également tendance à exacerber les différentes formes et expériences de VBG auxquelles sont confrontées de nombreuses filles au cours de leur développement.

En matière de violences sexuelles, l'expérience des filles peut être influencée par les facteurs suivants :

- » Les normes de genre discriminatoires, qui contribuent fortement aux violences perpétrées aux niveaux individuel et sociétal, lesquelles servent à leur tour de levier pour renforcer les inégalités de genre⁴⁵ ;
- » Les différentes manifestations des inégalités de genre (incapacité à accéder aux ressources, application de principes stricts en matière de comportement, restriction du libre arbitre des filles au sein du couple, etc.) ;

⁴² Fonds des Nations Unies pour l'enfance, « [Action to end child sexual abuse and exploitation: A review of the evidence](#) ». UNICEF, New York (États-Unis), 2020.

Barth, J., Bermetz, L., Heim, E., Trelle, S. et Tonia, T., « [The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis](#) ». *International Journal of Public Health*, vol. 58, n° 3, 2013.

Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H. A. et Hamby, S. L., « [The lifetime prevalence of child sexual abuse and sexual assault assessed in late adolescence](#) ». *Journal of Adolescent Health*, vol. 55, n° 3, p. 329-333, 2014.

⁴³ Ligiero, D., Hart, C., Fulu, E., Thomas, A. et Radford, L., « [What Works to Prevent Sexual Violence Against Children: Evidence Review](#) ». Together for Girls, 2019.

⁴⁴ Haristi, R. et Adriany, V., « Toxic masculinity in sexual violence against children in Indonesia: From a feminist point of view ». *Early Childhood Education in the 21st Century* (première édition), Routledge, 2019.

⁴⁵ Fonds des Nations Unies pour l'enfance, « [Gender Dimensions of Violence Against Children and Adolescents](#) », document stratégique. Division des programmes de la section Protection de l'enfance de l'UNICEF, 2020.

- » L'usage de la violence à des fins de perpétuation des inégalités de genre (mariage précoce, mutilations génitales féminines, violence au sein du couple, etc.) ;
- » Les risques accrus de violences sexuelles combinés à d'autres formes de VBG, telles que le mariage précoce, la violence au sein du couple, les mutilations génitales féminines et autres pratiques culturelles néfastes imposées aux filles au fil de leur développement⁴⁶ ;
- » Les reproches exprimés par les parents et la communauté, qui ont pour conséquence de culpabiliser les filles pour les violences sexuelles qu'elles subissent – ce phénomène peut aboutir à la mise en place de « solutions » néfastes, telles que le mariage précoce forcé de l'enfant avec l'auteur des violences⁴⁷ ;
- » Les risques de violences sexuelles propres au contexte scolaire, notamment les violences perpétrées par les enseignants⁴⁸ et la déscolarisation précoce liée aux risques perçus ou réels de violences sexuelles (harcèlement, présence de personnes armées, distance par rapport à l'établissement, etc.)⁴⁹ ;
- » Les conséquences des violences sexuelles en matière de santé procréative, notamment la grossesse – lorsqu'une fille tombe enceinte après avoir subi des violences sexuelles, elle est soumise à une pression plus forte pour se marier⁵⁰. Dans certaines cultures, les filles qui subissent des violences sexuelles sont également exposées au risque d'un « crime d'honneur » perpétré par un membre de la famille⁵¹.

Les raisons pour lesquelles une fille peut choisir de passer sous silence les violences sexuelles qu'elle a subies et de n'avoir recours à aucun service sont diverses. Il peut notamment s'agir des facteurs suivants :

- » La stigmatisation et la culpabilisation ;
- » Le risque de nouvelles violences ;
- » Les restrictions en matière de déplacements (par exemple, lorsqu'une fille doit demander la permission ou se faire accompagner pour accéder à des services) ;
- » Les membres de la famille ne souhaitent pas que les violences soient divulguées parce qu'ils veulent éviter la stigmatisation et la honte, et parce qu'ils espèrent souvent préserver la valeur attribuée à la fille concernée.

Lorsqu'elles se tournent vers des prestataires de services après avoir subi des violences sexuelles, les adolescentes risquent de n'avoir accès qu'à des services de santé procréative conçus pour des femmes adultes. Elles peuvent également être confrontées au jugement des prestataires et à des attitudes, des croyances et des comportements néfastes. Ce type de situation aboutit à une multiplication des obstacles à la prise en charge, à de faibles taux de recours aux services chez les filles et chez les personnes n'ayant pas commis de violences qui s'occupent d'elles, ainsi qu'à des lacunes dans la prise en charge des besoins et dans les services fournis, y compris lorsque les filles font effectivement appel à des prestataires⁵².

⁴⁶ Ligiero, D., Hart, C., Fulu, E., Thomas, A. et Radfort, L., [What Works to Prevent Sexual Violence Against Children: Evidence Review](#). Together for Girls, 2019.

⁴⁷ Fonds des Nations Unies pour l'enfance, [Gender Dimensions of Violence Against Children and Adolescents, document stratégique](#). Division des programmes de la section Protection de l'enfance de l'UNICEF, 2020.

⁴⁸ Réseau inter-agences pour l'éducation en situations d'urgence, [Attention à l'écart : L'état de l'éducation des filles dans les crises et les conflits](#), 2021.

⁴⁹ Groupe de travail mondial pour mettre fin à la violence fondée sur le genre en milieu scolaire, « [Briefing paper: Addressing school-related Gender-based Violence is critical for safe learning environments in refugee contexts](#) », 2016.

⁵⁰ Fonds des Nations Unies pour l'enfance, [Gender Dimensions of Violence Against Children and Adolescents](#), document stratégique. Division des programmes de la section Protection de l'enfance de l'UNICEF, 2020.

⁵¹ Ibid.

⁵² Organisation mondiale de la Santé, [Responding to Children and Adolescents Who Have Been Sexually Abused: WHO clinical guidelines](#), 2017.

Les prestataires de services doivent être conscients du rôle que joue le caractère genré des violences sexuelles dans la capacité et la volonté des filles à divulguer les violences subies et à faire appel aux services adéquats. Les travailleurs sociaux doivent :

- » Reconnaître que les filles sont de plus en plus exposées aux violences sexuelles au fur et à mesure qu'elles grandissent ;
- » Reconnaître que les violences sexuelles infligées aux filles se combinent souvent avec d'autres formes de VBG – cela est particulièrement vrai pour les adolescentes victimes de violences sexuelles dans le cadre conjugal ou au sein du couple ;
- » Reconnaître que les filles préfèrent que les prestataires de services qui les prennent en charge soient des femmes et que cela devrait toujours être le cas par défaut lorsque le bénéficiaire est une fille ;
- » Reconnaître qu'il existe des obstacles internes (personnels) et externes (sociaux) à l'accès aux services de prise en charge. Les filles peuvent rencontrer des difficultés pour obtenir de l'aide, que ce soit en raison de la stigmatisation sociale, de la peur des reproches ou de restrictions de leurs déplacements et de leur autonomie ;
- » Reconnaître que le risque de nouvelles violences fait partie des obstacles externes à la prise en charge. Quel que soit le contexte, les filles qui révèlent les violences subies sont toujours exposées au risque de nouveaux sévices, qu'il s'agisse d'un mariage forcé avec l'auteur des violences, d'un châtiment corporel, voire de la mort (« crime d'honneur »).

Les spécificités de genre ayant un impact sur les garçons

En matière de violences sexuelles, l'expérience des garçons peut être influencée par les facteurs suivants⁵³ :

- » Le fait de se sentir atteint dans sa virilité (émasculatation) ;
- » Le fait de se considérer comme impuissant, donc « déficient » ;
- » La crainte d'être catalogué comme étant sexuellement attiré par les hommes (homosexuel) ;
- » Le fait de croire que, quoi qu'il arrive, toute activité sexuelle est appropriée pour les hommes⁵⁴. Lorsque l'auteur des violences est une femme, en particulier, il arrive que le garçon survivant et les prestataires de services considèrent les violences infligées comme « moins graves », voire comme une expérience positive ou sans conséquences⁵⁵ ;
- » Les normes de genre qui valorisent l'indépendance et la « force » chez les hommes et les garçons, et tendent à décourager ces derniers de faire appel à une aide extérieure pour résoudre leurs problèmes, notamment lorsqu'ils ont subi des violences sexuelles⁵⁶.

Pour toutes ces raisons, les garçons, en particulier les adolescents, sont parfois moins susceptibles de divulguer les violences subies et/ou d'en parler. Les prestataires de services doivent être conscients du rôle que jouent ces croyances néfastes dans la disposition des garçons à divulguer les violences qui leur ont été infligées. Ils doivent :

- » Reconnaître que les garçons peuvent subir des violences sexuelles ;
- » Reconnaître que les violences sexuelles infligées aux garçons peuvent prendre des formes diverses⁵⁷ dans les situations de conflit, elles peuvent notamment prendre la forme de violences génitales telles que la castration, l'amputation du pénis ou le viol forcé d'autres personnes ;

⁵³ Bergstrom, S., Butler, T. L. et Karp, C. L., *Treatment Strategies for Abused Adolescents: From Victim to Survivor, Interpersonal Violence: The Practice Series*, vol. 19, SAGE Publications, 1997.

Ligiero, D., Hart, C., Fulu, E., Thomas, A. et Radfort, L., [What Works to Prevent Sexual Violence Against Children: Evidence Review](#). Together for Girls, 2019.

⁵⁴ Bergstrom, S., Butler, T. L. et Karp, C. L., *Treatment Strategies for Abused Adolescents: From Victim to Survivor, Interpersonal Violence: The Practice Series*, vol. 19, SAGE Publications, 1997.

⁵⁵ Ibid et Cashmore, J. et Shackel, R., « [Gender differences in the context and consequences of child sexual abuse](#) », *Current Issues in Criminal Justice*, vol. 26, n° 1, 2014.

⁵⁶ Murray, L., Nguyen, A. et Cohen, J., « [Child sexual abuse](#) ». *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, vol. 23, n° 2.

⁵⁷ Touquet, H., Chynoweth, S., Martin, S., Reis, C. et al., « [From "It rarely happens" to "It's worse for men"](#) ». *Journal of Humanitarian Affairs*, vol. 2, n° 3, 2020.

- » Comprendre que les violences sexuelles que subit un garçon n'ont pas pour conséquence l'homosexualité de ce dernier, laquelle s'accompagne d'une stigmatisation supplémentaire, et que les fausses croyances relatives aux effets des violences sexuelles constituent un obstacle pour les garçons agressés par un homme adulte ;
- » Reconnaître que les garçons devraient, dans la mesure du possible, pouvoir choisir le genre du prestataire de services qui assure leur prise en charge ;
- » Reconnaître qu'il existe des obstacles internes (personnels) et externes (sociaux) à l'accès aux services de prise en charge, notamment la peur d'être perçu comme homosexuel et diverses craintes liées au statut de victime et à la masculinité ;
- » Reconnaître que la criminalisation de l'homosexualité renforce la crainte d'avoir recours aux services appropriés et augmente les chances d'être confronté à des conséquences judiciaires en cas de divulgation publique des violences subies ou de signalement aux autorités compétentes ;
- » Accepter le fait que les garçons ayant subi des violences sexuelles ont les mêmes besoins que les filles en matière de soins, de soutien et de traitement – se sentir en sécurité, pris en charge, cru, encouragé et avoir l'assurance que le fait de demander de l'aide et/ou de divulguer les violences sexuelles subies est la meilleure chose à faire.

DOMAINE DE CONNAISSANCES 7 : L'ÂGE, LE DÉVELOPPEMENT ET LES VIOLENCES SEXUELLES INFLIGÉES AUX ENFANTS

L'âge de l'enfant, son stade de développement, son genre et ses caractéristiques individuelles déterminent à la fois les risques de violences sexuelles auxquels il est exposé et, le cas échéant, sa capacité à accéder aux services adéquats. Les prestataires de services doivent être conscients que la réaction des filles et des garçons aux violences sexuelles peut varier en fonction de plusieurs facteurs tels que l'âge, le stade de développement et le contexte culturel. Au fur et à mesure que les filles et les garçons grandissent et qu'ils sont exposés de plus en plus longtemps aux conséquences des normes et des croyances de genre, ces normes s'enracinent davantage dans leur esprit. Les adolescents sont généralement beaucoup plus sensibles aux normes de genre et aux comportements, aux attitudes et aux croyances attendus d'eux. Par conséquent, lorsque les filles et les garçons atteignent l'adolescence, les conséquences, les signes et les symptômes, en particulier émotionnels et comportementaux, des violences subies témoignent d'un écart plus important entre les genres. Quel que soit l'âge, un changement physique, émotionnel ou comportemental brutal peut être le signe d'une expérience de violence. La capacité à parler des violences sexuelles subies et la volonté de les divulguer, qui peuvent varier en fonction de l'âge et du stade de développement, sont abordées plus en détail dans le cadre du *domaine de connaissances 4*.

Il est important d'accorder systématiquement du crédit aux signalements de violences sexuelles, quel que soit l'état apparent de l'enfant concerné. Certains signes, en particulier émotionnels ou comportementaux, peuvent apparaître plusieurs mois ou années seulement après l'expérience de violence. Quelquefois, par exemple, ces signes apparaissent à la suite d'une période de stress postérieure aux violences, liée à la perte d'un être cher ou à toute autre forme de contrariété, ou encore au moment d'entamer une relation amoureuse.

Les différents facteurs de risque de violence en fonction de l'âge

De 0 à 5 ans

- » Les auteurs des violences sont presque toujours des adultes que l'enfant connaît⁵⁸ ;
- » À cet âge, les enfants ne savent pas toujours que ce qui leur est arrivé constitue des violences et ne sont pas toujours capables de divulguer les violences subies (enfants qui n'ont pas encore acquis la parole) ;
- » Les enfants en bas âge sont particulièrement sensibles au pédopiéage ;
- » Les nourrissons et les enfants en bas âge n'ont pas la force physique nécessaire pour lutter ou s'enfuir.

De 6 à 9 ans

- » À cet âge, les violences ont toujours plus de chances d'être infligées par une personne que l'enfant connaît et en qui il a confiance ;
- » À cet âge, les enfants sont toujours particulièrement sensibles aux méthodes de pédopiéage employées par les auteurs des violences.

De 10 à 14 ans

- » À cet âge, les enfants prennent conscience de leur sexualité et peuvent vivre leurs premières expériences sexuelles ou commencer à faire l'objet d'une attirance sexuelle ;
- » Ils ont accès à de nouveaux cercles sociaux qui les exposent aux violences perpétrées par de simples connaissances ou par des « inconnus », en plus de celles perpétrées par leurs proches (parents, membres de la famille et amis) ;
- » L'accès accru à Internet et aux appareils mobiles exacerbe le risque de violence, car il donne aux adultes et aux pairs de nouveaux moyens de manipuler ou de harceler les adolescents⁵⁹ ;
- » Dans certains contextes, le risque de mariage d'enfants augmente au fur et à mesure que l'enfant se rapproche de la puberté, exposant ainsi les adolescentes à un risque de violences sexuelles dans le cadre conjugal, en plus du risque associé au mariage précoce lui-même.

De 15 à 17 ans

- » Les filles sont exposées à un risque accru de violences sexuelles infligées par les pairs, que ce soit dans le cadre d'une relation consentie ou non ;
- » Les garçons sont exposés à un risque accru de violences sexuelles infligées par des pairs proches de leur âge, notamment des cousins, des frères, d'autres membres de la famille ou, lorsqu'ils vivent en institution, par des pairs qui résident dans la même institution ;
- » Au fur et à mesure qu'elles grandissent, les filles sont exposées à un risque accru de violences concomitantes, qui incluent souvent des violences sexuelles ;
- » Le fait de grandir hors du foyer, que ce soit à la suite d'un mariage ou pour exercer un métier d'aide à domicile, augmente les risques d'exploitation et d'abus sexuels.

⁵⁸ Radford, L., Hynes, P. et Allnock, D., [Preventing and Responding to Child Sexual Abuse and Exploitation: Evidence Review](#). UNICEF, 2015.

⁵⁹ Ibid.

Signes de violence en fonction de l'âge

Les signes de violence – qu'ils soient émotionnels, psychologiques, sociaux ou physiques – varient également en fonction de l'âge. Les tableaux ci-dessous résument les conséquences des violences sexuelles et les différents signes émotionnels, psychologiques et physiques de violence en fonction de l'âge de l'enfant.

Tableau 2.1 : Nourrissons et enfants en bas âge (âgés de 0 à 5 ans)

Indices émotionnels, psychologiques et sociaux	Indices physiques
<p>De 0 à 3 ans :</p> <ul style="list-style-type: none"> » Augmentation de la fréquence des pleurs, des gémissements et des cris ; » Attachement inhabituel aux personnes qui s'occupent de l'enfant ; » Comportements régressifs ; » Modification des habitudes alimentaires ou de sommeil non liée au développement normal de l'enfant ; » Difficulté à se calmer ; » Manifestation de la souffrance émotionnelle comme s'il s'agissait d'une douleur physique. 	<p>De 0 à 3 ans :</p> <ul style="list-style-type: none"> » Troubles du sommeil ; » Marques ou ecchymoses nouvelles ou inexplicables, en particulier au niveau des parties génitales ; » Douleurs, décoloration, plaies, coupures, saignements ou écoulements au niveau des organes génitaux, de l'anus, de la bouche ; » Infections sexuellement transmissibles.
<p>De 3 à 5 ans :</p> <p>Tous les indices ci-dessus et :</p> <ul style="list-style-type: none"> » Refus de quitter les lieux « sûrs » ou peur de se rendre dans certains lieux spécifiques ; » Intérêt pour les actes sexuels ou connaissances à ce sujet inappropriés pour l'âge, ou comportements sexualisés. 	<p>De 3 à 5 ans :</p> <p>Tous les indices ci-dessus et :</p> <ul style="list-style-type: none"> » Incontinence urinaire ou fécale (chez un enfant qui avait déjà acquis la propreté).
<p>Autre</p>	
<ul style="list-style-type: none"> » Plutôt que de divulguer directement les violences subies, l'enfant peut suggérer l'existence d'un problème avec l'auteur des violences en employant des phrases telles que « je ne l'aime pas »⁶⁰ ; » L'enfant peut imiter des comportements sexuels auxquels il a été exposé dans le cadre des violences qui lui ont été infligées⁶¹. 	

⁶⁰ Fontes, L. A. et Plummer, C., « Cultural Issues in Disclosures of Child Sexual Abuse ». *Journal of Child Sexual Abuse*, vol. 19, n° 5, 2010.

⁶¹ National Center on The Sexual Behavior of Youth, [Childhood Sexual Development](#), page consultée le 2 juin 2022.

Tableau 2.2 : Jeunes enfants (âgés de 6 à 9 ans)

Indices émotionnels, psychologiques et sociaux	Indices physiques
<ul style="list-style-type: none"> » Réactions similaires à celles d'enfants âgés de 3 à 5 ans ; » Peur de certaines personnes, de certains lieux, de certaines activités ou d'une éventuelle agression ; » Comportements régressifs ; » Refus soudain de se rendre à l'école ; » Attouchement des parties intimes plus fréquent que dans le cadre d'une exploration normale du corps et/ou dans des contextes inappropriés ; » Isolement de la famille et des amis, ou isolement en général ; » Refus de s'alimenter ou désir permanent de nourriture ; » Peur, tristesse ou manifestations plus fréquentes d'agressivité et de colère. 	<ul style="list-style-type: none"> » Marques ou ecchymoses nouvelles ou inexplicables, en particulier au niveau des parties génitales ; » Perte/prise de poids ; » Douleurs, décoloration, plaies, coupures, saignements ou écoulements au niveau des organes génitaux, de l'anus, de la bouche ; » Incontinence urinaire ou fécale ; » Infections sexuellement transmissibles ; » Grossesse chez les filles qui ont déjà eu leurs premières menstruations.
Autre	
<ul style="list-style-type: none"> » Actes sexuels explicites, délibérés ou agressifs, ou expression de fantasmes sexuels ; » Insertion d'objets dans le vagin ou l'anus, attouchement des parties intimes d'autres personnes avec sa bouche ou simulation d'actes sexuels en utilisant des jouets (ces comportements sont rares chez les enfants qui n'ont pas subi de violences sexuelles⁶²) ; » Incapacité à se concentrer entraînant une baisse des résultats scolaires. 	

L'adolescence⁶³ est souvent décrite comme une période de transition vers l'âge adulte qui peut s'avérer particulièrement difficile, car on cesse alors d'être considéré comme un enfant, sans pour autant être pleinement traité comme un adulte. En matière de violences sexuelles, les adolescents sont confrontés à des difficultés spécifiques, qui varient en fonction de leur stade de développement :

- » En règle générale, les adolescents tendent à accorder beaucoup d'importance à leurs groupes de pairs et à la nécessité de s'intégrer. Compte tenu de la forte stigmatisation et de la honte qui entourent les questions de violences sexuelles au sein des communautés, il peut alors être particulièrement difficile pour les adolescents de faire face à leur expérience ;
- » Quel que soit leur genre, les adolescents peuvent se montrer réticents à l'idée d'exprimer leurs sentiments. Il peut même leur arriver de réprimer entièrement toute réaction émotionnelle aux violences sexuelles qu'ils ont subies, à la fois pour faciliter l'intégration dans leurs groupes de pairs et pour éviter la honte et la stigmatisation qui entourent ces questions.

⁶² Ibid.

⁶³ Bien qu'il soit universellement admis que l'adolescence commence à 10 ans et se termine à 18 ans, les présentes directives se concentrent sur les enfants de moins de 17 ans.

- » Il arrive que les adolescentes aient moins de relations que les garçons à l'extérieur de leur cercle familial, ce qui limite encore plus leur capacité à trouver l'interlocuteur adéquat pour divulguer les violences subies⁶⁴ ;
- » De manière générale, les garçons se tournent rarement vers les prestataires de services. Les filles, quant à elles, s'inquiètent souvent davantage de possibles réactions violentes entraînées par la divulgation des violences subies et hésitent parfois à faire confiance aux prestataires de services, compte tenu des conséquences sociales et culturelles que peut avoir cette situation pour la personne survivante.

Les tableaux ci-dessous proposent une répartition plus précise des signes de violence pour les préadolescents (10 à 14 ans) et les adolescents (15 à 17 ans).

Tableau 2.3 : Préadolescents (10 à 14 ans)

Indices émotionnels, psychologiques et sociaux	Indices physiques
<ul style="list-style-type: none"> » Dépression (sentiment de tristesse, manque d'énergie, refus de participer à des activités que l'enfant apprécie, symptômes physiques inexpliqués, troubles du sommeil) ; » Pensées suicidaires et automutilation ; » <i>Flashbacks</i> des violences ; » Comportement d'évitement, isolement ; » Colère, agressivité, désobéissance ou défiance à l'égard de l'autorité ; » Consommation de drogue et/ou d'alcool ; » Problèmes scolaires ; » Troubles alimentaires. 	<ul style="list-style-type: none"> » Troubles du sommeil ; » Perte/prise de poids ; » Douleurs, décoloration, plaies, coupures, saignements ou écoulements au niveau des organes génitaux, de l'anus, de la bouche ; » Infections sexuellement transmissibles ; » Chez les filles, les préoccupations relatives à la santé procréative portent notamment sur les fistules et les grossesses non désirées.
<p>Autre</p>	
<ul style="list-style-type: none"> » Le préadolescent peut jouer à des jeux à caractère sexuel ; » Le cas échéant, plus grande facilité à parler des violences subies lorsqu'il s'agit de violences sans contact physique, de violences exercées par une personne inconnue et/ou lorsque l'enfant perçoit ses parents comme des figures bienveillantes ; » Le cas échéant, plus grande facilité à parler des violences subies avec des pairs qu'avec des adultes. 	

⁶⁴ O'Connor, M. et Tanner, S., [A safe place to shine: Creating opportunities and raising voices of adolescent girls in humanitarian settings](#). International Rescue Committee, 2017.

Tableau 2.4 : Adolescents (5 à 17 ans)

Indices émotionnels, psychologiques et sociaux	Indices physiques
<ul style="list-style-type: none"> » Dépression (sentiment de tristesse, manque d'énergie, refus de participer à des activités que l'enfant apprécie, symptômes physiques inexplicables, troubles du sommeil) ; » Pensées suicidaires et automutilation ; » Comportement autodestructeur ; » <i>Flashbacks</i> des violences ; » Comportement d'évitement, isolement ; » Consommation de drogue et/ou d'alcool ; » Colère, désobéissance ou défiance à l'égard de l'autorité ; » Problèmes à l'école ou refus d'aller à l'école ; » Troubles alimentaires ; » Le cas échéant, plus grande facilité à parler des violences subies avec des pairs qu'avec des adultes ; » Le cas échéant, plus grande facilité à parler des violences subies lorsqu'il s'agit de violences sans contact physique, de violences exercées par une personne inconnue et/ou lorsque l'enfant perçoit ses parents comme des figures bienveillantes. 	<ul style="list-style-type: none"> » Troubles du sommeil ; » Perte/prise de poids ; » Douleurs, décoloration, plaies, coupures, saignements ou écoulements au niveau des organes génitaux, de l'anus, de la bouche ; » Infections sexuellement transmissibles ; » Chez les filles, les préoccupations relatives à la santé procréative portent notamment sur les fistules et les grossesses non désirées.
Autre	
<ul style="list-style-type: none"> » Manque d'estime de soi/mauvaise image de soi, troubles de l'identité, difficultés à exprimer et à gérer ses émotions ; » Sentiment d'éloignement ou d'isolement des autres ; » Difficulté à acquérir ou à conserver un sentiment d'autonomie par rapport aux autres⁶⁵ ; » Les représentations culturelles de la sexualité masculine peuvent avoir un impact sur la capacité des garçons à identifier une expérience vécue comme un acte de violence et leur faire craindre d'être perçus comme homosexuels en raison des violences qu'ils ont subies⁶⁶ ; » Culpabilisation des victimes, en particulier des filles, et pratiques motivées par la nécessité de « rétablir l'honneur » (mariage précoce forcé, châtements violents, « crimes d'honneur », etc.). 	

Il est important de noter que les enfants peuvent réagir de manière très différente aux violences sexuelles qui leur sont infligées. Certains enfants n'affichent aucun des comportements ci-dessus, sans que cela signifie pour autant qu'ils n'ont pas subi de violences. À l'inverse, l'apparition de certains de ces signes chez un enfant ne suffit pas à conclure immédiatement à l'existence de violences. En fonction de la situation, ces différents signes doivent plutôt inciter les travailleurs sociaux à approfondir la discussion avec l'enfant et les personnes n'ayant pas commis de violences qui s'en occupent.

⁶⁵ Bukowski, W. M., « [Sexual abuse and maladjustment considered from the perspective of normal developmental processes](#) », dans O'Donahue, W. et Greer, J. H. (dir.), *The Sexual Abuse of Children*, Routledge, 1992.

⁶⁶ Ibid.

DOMAINE DE CONNAISSANCES 8 : L'INTERSECTIONNALITÉ ET LES VIOLENCES SEXUELLES INFLIGÉES AUX ENFANTS

Le terme « intersectionnalité » est défini comme :

« Une notion générale permettant de comprendre que certaines personnes vivent simultanément différentes formes d'oppression, de discrimination et de marginalisation qui se chevauchent (se recoupent, sont en intersection), de par la coexistence chez elles de deux ou plusieurs identités (l'inégalité reposant sur le genre et l'ethnicité, par exemple)⁶⁷ ».

Pour adopter une approche intersectionnelle, les travailleurs sociaux doivent s'efforcer de comprendre dans quelle mesure les différentes caractéristiques qui forment l'identité sociale de l'enfant déterminent son expérience individuelle, sa vulnérabilité aux violences sexuelles et sa capacité à accéder aux services.

L'identité sociale désigne l'image qu'une personne a d'elle-même en fonction des catégories sociales auxquelles elle appartient (par exemple, fille, garçon, personne réfugiée, enfant, élève, mère, etc.). Toute identité sociale se situe au croisement de caractéristiques individuelles diverses. Par conséquent, aucune de ces caractéristiques ne peut être étudiée de manière isolée. Un enfant, par exemple, n'est pas seulement un enfant, mais aussi un élève, une personne réfugiée, une fille, un grand frère, un membre de la communauté musulmane, etc. Au sein de toutes les communautés, chaque individu présente des caractéristiques qui correspondent à diverses catégories sociales (par exemple, la race, l'origine ethnique, l'orientation sexuelle et le genre) et sont soumises à l'influence de phénomènes structurels (par exemple, le racisme, l'hétérosexisme et le patriarcat), lesquels déterminent, forgent et renforcent le statut et l'expérience des individus (par exemple, leur rapport au pouvoir, aux privilèges et à l'oppression). Pour proposer des services de qualité, susceptibles de répondre aux besoins spécifiques de chaque bénéficiaire – y compris des enfants ayant subi des violences sexuelles –, il est essentiel d'analyser la façon dont les caractéristiques sociales des individus interagissent entre elles dans le contexte en question.

Les caractéristiques étudiées ci-dessous ont été choisies en raison des conséquences spécifiques qu'elles entraînent en matière de risque, de vulnérabilité et de violences sexuelles infligées aux enfants dans les situations de crise humanitaire. Toutefois, en fonction du contexte, les travailleurs sociaux peuvent déterminer d'autres caractéristiques tout aussi importantes. Pour accompagner au mieux les enfants, les travailleurs sociaux doivent analyser leurs propres croyances et préjugés relatifs aux différentes caractéristiques individuelles, comprendre les obstacles auxquels les enfants concernés sont confrontés et garantir une prise en charge respectueuse, bienveillante et accessible.

⁶⁷ Comité permanent interorganisations, [Normes minimales interorganisations pour la programmation d'actions de lutte contre la violence basée sur le genre dans les situations d'urgence](#). UNFPA, 2019.

Enfants en situation de handicap

Les enfants présentant un handicap sont beaucoup plus exposés au risque de violences sexuelles que les autres enfants du même âge et du même genre. Un enfant a 2,9 fois plus de chances de subir des violences sexuelles lorsqu'il est atteint d'un handicap physique et 4,6 fois plus de chances lorsqu'il est atteint d'un handicap mental (intellectuel ou neurologique) par rapport à un enfant non handicapé⁶⁸. En fonction du type de handicap, certains enfants peuvent avoir plus de difficultés que les autres à s'exprimer et à divulguer les violences subies, et être plus vulnérables face aux stratégies de pédopiéage (en cas de handicap mental, par exemple). Les adolescentes handicapées sont susceptibles de rencontrer plus de difficultés pour faire entendre leurs besoins et leur volonté en matière de santé sexuelle et procréative en raison des préjugés et des stéréotypes dont elles sont l'objet (par exemple, leur incapacité présumée à comprendre, à éprouver un désir sexuel, à déterminer ce qui est le mieux pour elles, etc.).

Les enfants handicapés peuvent également être confrontés à des réactions très différentes des autres enfants lorsqu'ils révèlent les violences subies⁶⁹, notamment à des interlocuteurs qui les croient moins facilement parce qu'ils doutent de leurs capacités intellectuelles, y compris lorsque le handicap n'influe pas sur l'intelligence de l'enfant. En outre, les aménagements et les modalités d'accès à mettre en place varient en fonction du handicap de l'enfant.

Accessibilité et aménagements raisonnables

Il appartient aux équipes de gestion des cas de proposer le soutien le plus holistique possible aux enfants handicapés.

L'accessibilité des services doit être garantie, tant du point de vue physique (rampes, lieux sûrs et éloignés des zones à risque comme les bars, les cinémas, les cafés, les postes de police ou de sécurité, etc.) que sur les plans de la communication et des attitudes (les travailleurs sociaux doivent analyser leurs propres croyances et attitudes au sujet des personnes handicapées, adapter leurs méthodes de communication, etc.).

Des aménagements raisonnables doivent être mis en place pour garantir la participation de l'enfant. Il peut notamment s'agir de prévoir des interprètes en langue des signes, de préparer des formulaires faciles à déchiffrer, de proposer une assistance personnelle à l'enfant, ou encore de prévoir le temps et l'espace nécessaires pour expliquer les différentes notions et possibilités à l'enfant, et permettre à ce dernier de poser ses questions et d'exprimer ses préoccupations.

⁶⁸ Jones, L., Bellis, M., Wood, S., Hughes, K. *et al.*, « [Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies](#) », *The Lancet*, vol. 380, 2012.

⁶⁹ Watters, L. et Orsander, M., *Disability-Inclusive Child Safeguarding Guidelines*. Able Child Africa, 2021.

Jeunes enfants et adolescents d'orientation sexuelle et identité de genre diverses

Les enfants qui s'identifient comme présentant des caractéristiques OSIEGCS diverses⁷⁰ sont confrontés à des risques de persécution, de discrimination et de violence en raison de leur orientation sexuelle, de leur identité de genre ou de leur expression de genre, réelle ou perçue. L'expérience des personnes transgenres et non binaires varie considérablement d'une culture à l'autre. Certaines cultures reconnaissent et acceptent l'existence d'un troisième genre, et les personnes qui s'identifient à ce genre peuvent assumer des responsabilités importantes. Les personnes intersexes peuvent présenter une orientation sexuelle ou une identité de genre diverse. Nous les avons incluses dans cette catégorie, car elles sont exposées aux mêmes conséquences néfastes des normes de genre que les personnes présentant des caractéristiques OSIEGCS diverses.

Les enfants qui s'identifient comme présentant des caractéristiques OSIEGCS diverses sont souvent confrontés à la violence dès le plus jeune âge, dès lors qu'ils commencent à s'exprimer d'une façon qui ne correspond pas aux normes associées à leur genre ou à leur sexe⁷¹. Cette violence, souvent perpétrée par des membres de leur propre famille, peut d'abord se manifester par une volonté de contrôler leur comportement. D'autres formes de violence, notamment l'intimidation, peuvent également être exercées par des pairs, des camarades de classe, des enseignants ou tout autre membre de leur entourage. Les enfants identifiés comme divers OSIEGCS courent un risque élevé d'être rejetés par leur famille et forcés de quitter la maison ou contraints de se lancer dans des activités de subsistance à haut risque comme l'exploitation sexuelle commerciale. Ces enfants peuvent également subir des formes d'agression sexuelle (par exemple, le mariage forcé ou le « viol correctif »), qui sont considérées comme un moyen de « corriger » leur identité pour en faire une identité considérée comme normative.⁷²

Les enfants qui s'identifient comme présentant des caractéristiques OSIEGCS diverses sont parfois moins enclins à faire appel aux prestataires de services, en particulier lorsque les violences physiques ou émotionnelles qu'ils subissent sont perpétrées par leurs parents ou par les personnes qui s'occupent d'eux. Même lorsque leurs parents ne sont pas les auteurs de ces actes et qu'ils font preuve de bienveillance, ces enfants peuvent se montrer réticents à faire appel à des services, par crainte de la discrimination et des préjugés de la communauté et des prestataires. Ils peuvent également s'inquiéter des conséquences judiciaires, dans des contextes où le cadre juridique criminalise les personnes présentant des caractéristiques OSIEGCS diverses et/ou les activités représentatives de cette diversité⁷³.

Chez les enfants présentant des caractéristiques OSIEGCS diverses, les taux de suicide et de tentative de suicide sont plus importants que chez les enfants hétérosexuels (cisgenres⁷⁴). De plus, ces enfants ont besoin d'adultes de confiance à qui ils peuvent parler de leur expérience personnelle en matière de discrimination et de violences sexuelles.

⁷⁰ Pour parler des enfants survivants de manière individuelle, les présentes directives privilégient les termes « lesbienne », « gay », « bisexuel(le) », « transgenre », « queer » et « intersexe » (LGBTQI). L'expression « d'OSIEGCS diverses » (orientation sexuelle, identité et expression de genre, et caractéristiques sexuelles) est employée pour évoquer cette catégorie de population dans son ensemble. Toutefois, en fonction du contexte local et de la culture, il est possible que d'autres termes s'avèrent plus appropriés.

⁷¹ Roth, D., Blackwell, A., Canavera, M. et Falb, K., [Cycles of Displacement: Understanding Violence, Discrimination, and Exclusion of LGBTQI People in Humanitarian Contexts](#). International Rescue Committee, 2021.

⁷² Ibid.

⁷³ Ibid et UNFPA, [International Technical and Programmatic Guidance on Out-of-School Comprehensive Sexual Education: An Evidence-Informed Approach for Non-Formal, Out-of-School Programmes](#). UNFPA, New York (États-Unis), 2020.

⁷⁴ Roth, D., Blackwell, A., Canavera, M. et Falb, K., Ibid.

Identités raciales/ethniques/autochtones

Lorsqu'un enfant subit des violences sexuelles, sa race, son origine ethnique et son appartenance à une communauté autochtone sont autant de facteurs susceptibles d'avoir une incidence sur la perception de son statut de personne survivante, sur les services dont il peut bénéficier et sur la façon dont ces services sont fournis. Les obstacles à la prise en charge peuvent s'avérer particulièrement difficiles à surmonter dans le cas des enfants autochtones et des enfants réfugiés ou demandeurs d'asile qui vivent dans des contextes où ils font l'objet de discrimination liée à la race ou à l'origine ethnique. Les enfants opprimés en raison de leur race ou de leur origine ethnique constituent parfois des cibles privilégiées pour les auteurs de violences sexuelles, qui les considèrent comme plus faciles à manipuler en raison de leur expérience en matière de discrimination.

La peur de la discrimination et le racisme auquel les enfants et leurs familles sont confrontés au sein de leurs communautés, en particulier de la part des prestataires de services, peuvent constituer un obstacle concret au signalement des violences⁷⁵. Les filles opprimées en raison de leur race ou de leur origine ethnique ne bénéficient pas toujours du traitement habituellement réservé aux enfants et peuvent être considérées comme moins innocentes, plus adultes et moins concernées par un quelconque besoin de protection (on parle alors d'« adultification⁷⁶ »), ou être désignées comme responsables des violences qu'elles ont subies. Les enfants opprimés en raison de leur race ou de leur origine ethnique sont souvent victimes de discrimination et de racisme de la part des prestataires de services et des systèmes de prise en charge (ils risquent notamment de ne pas être immédiatement identifiés comme de potentiels bénéficiaires⁷⁷ ou de passer après d'autres bénéficiaires dont la situation est considérée comme plus importante ou plus urgente). En matière d'accès aux services, les enfants autochtones sont confrontés à des obstacles bien précis, liés au fait que les soins, les pratiques thérapeutiques et les traitements traditionnels sont très rarement intégrés à l'offre de services de santé et d'intervention⁷⁸. Pour favoriser la prise en charge des enfants autochtones et de leurs familles, il peut s'avérer essentiel de s'intéresser à leurs croyances culturelles, à leurs pratiques traditionnelles et aux méthodes de guérison qu'ils privilégient. Les questions relatives aux croyances et aux attitudes ayant trait à la race, à l'origine ethnique et aux populations autochtones sont abordées plus en détail dans le [chapitre 3](#).

⁷⁵ Warrington, C., Beckett, H., Ackerley, E., Walker, M. et Allnock, D., *Making Noise: Children's Voices for Positive Change After Sexual Abuse. Children's Experiences of Help-Seeking and Support After Sexual Abuse in the Family*. Université de Bedfordshire et Bureau du Commissaire à l'enfance, 2016.

⁷⁶ Koch, A. et Kozhumam, A., « [Adultification of Black children negatively impacts their health: Recommendations for health care providers](#) ». Nursing Forum, vol. 57, no 5, 2022.

⁷⁷ Ackerley, E. et Latchford, L., « [Applying an intersectional lens to sexual violence research and practice](#) », dans Beckett, H. et Pearce, J. (dir.), *Understanding and Responding to Child Sexual Exploitation*, première édition, Routledge, 2017.

⁷⁸ UNFPA, [International Technical and Programmatic Guidance on Out-of-School Comprehensive Sexual Education: An Evidence-Informed Approach for Non-Formal, Out-of-School Programmes](#). UNFPA, New York (États-Unis), 2020.

DOMAINE DE CONNAISSANCES 9 : LES FACTEURS DE RISQUE ET DE PROTECTION SUSCEPTIBLES D'AVOIR UNE INCIDENCE SUR LES RÉPERCUSSIONS DES VIOLENCES SEXUELLES INFLIGÉES AUX ENFANTS

En plus de facteurs internes relevant de l'identité de l'enfant, il existe également des facteurs de risque et de protection externes, susceptibles de modifier l'impact des violences sexuelles sur les enfants survivants.

Les facteurs de risque directement liés aux actes de violence

L'identité de l'auteur des violences : Les conséquences des violences sont généralement plus graves lorsque l'auteur des violences est un parent, un beau-parent ou un adulte de confiance que lorsqu'il s'agit d'un inconnu. En effet, une telle situation altère la capacité de l'enfant à faire confiance aux adultes et le sentiment de sûreté et de sécurité qu'il peut éprouver en présence d'adultes.

La gravité des violences physiques : Le niveau et le degré de détresse de l'enfant dépendent de plusieurs facteurs, notamment de la nature des violences physiques qui lui ont été infligées. Plus les violences physiques sont graves, plus leurs conséquences peuvent être importantes pour l'enfant survivant, tant sur le plan émotionnel qu'en matière de santé. Certains facteurs de protection peuvent contribuer à atténuer ces conséquences, notamment la présence d'un système de soutien solide, l'accès rapide à des soins de santé appropriés et l'absence d'autres facteurs de risque.

La durée des violences sexuelles : Plus les violences s'inscrivent dans la durée, plus les conséquences sont importantes pour l'enfant, tant sur le plan émotionnel qu'en matière de santé.

La façon dont la divulgation des violences sexuelles a été accueillie : Les réactions que reçoit l'enfant après avoir divulgué les violences subies sont d'une importance cruciale. Le fait de douter de l'enfant, de l'ignorer, de le culpabiliser ou de lui faire honte peut entraîner des conséquences extrêmement néfastes, parfois même plus graves que les violences elles-mêmes.

La façon dont l'enfant est traité après les violences : Lorsqu'un enfant bénéficie de la prise en charge et du soutien dont il a besoin, ses souffrances s'en trouvent atténuées. En revanche, si la communauté ou la famille culpabilise l'enfant et lui fait honte, ou qu'il ne reçoit pas l'aide dont il a besoin, sa capacité de guérison, son sentiment de sécurité et son développement s'en trouvent altérés.

La résilience comme facteur de protection

Pour favoriser le rétablissement à long terme, les travailleurs sociaux doivent également inciter l'enfant et les personnes n'ayant pas commis de violences qui s'en occupent à déterminer les facteurs de protection et à renforcer leur propre résilience. La résilience désigne la capacité des enfants et de leur famille à faire face aux difficultés et aux situations de crise, et à s'en remettre. La résilience d'un enfant dépend à la fois de ses caractéristiques individuelles et de ses mécanismes d'adaptation (innés et acquis), ainsi que des facteurs de protection propres à son environnement. Ces caractéristiques et ces mécanismes innés et acquis peuvent prendre la forme de traits biologiques, physiques et psychologiques, de conditions de santé, mais aussi de compétences et de connaissances. Les enfants s'appuient sur ces caractéristiques pour se défendre contre les atteintes à leurs droits, faire face à l'adversité et se remettre des situations de crise.

Les facteurs externes et environnementaux ont également une incidence sur la résilience des enfants. Pour désigner les facteurs externes susceptibles d'aider les enfants à faire face aux violences et à se rétablir, on parle de « facteurs de protection ». Au niveau familial, ces facteurs de protection comprennent notamment l'attitude positive et la participation des parents ou des personnes qui s'occupent de l'enfant, la cohésion familiale, des conditions de logement adéquates, et un revenu stable et suffisant. Au niveau communautaire, les facteurs de protection désignent notamment la participation à la vie communautaire, l'acceptation par les pairs, la présence de mentors bienveillants, et l'accès à des établissements scolaires et à des soins de santé de qualité. Pour favoriser la guérison et le rétablissement des enfants ayant subi des violences sexuelles, il est essentiel que les prestataires de services s'appuient à la fois sur les mécanismes d'adaptation individuels de l'enfant et sur les facteurs de protection propres à son environnement.

La résilience n'est pas un phénomène statique. Il est possible de l'influencer et de la renforcer. Pour intervenir auprès d'enfants ayant subi des violences sexuelles, les prestataires de services doivent être en mesure de déterminer les capacités de résilience de l'enfant et d'en tirer parti pour l'aider à faire face aux conséquences des violences qui lui ont été infligées. Les travailleurs sociaux peuvent mobiliser l'enfant et les personnes n'ayant pas commis de violences qui s'en occupent afin de travailler ensemble au renforcement des facteurs de protection et à la réduction des facteurs de risque qui caractérisent l'environnement de l'enfant.

DOMAINE DE CONNAISSANCES 10 : LES RÉPERCUSSIONS DES VIOLENCES SEXUELLES SUR LES PERSONNES QUI S'OCCUPENT DE L'ENFANT

Lorsque les personnes n'ayant pas commis de violences qui s'occupent de l'enfant prennent connaissance des violences sexuelles qui lui ont été infligées, elles peuvent éprouver divers sentiments, qui varient en fonction des systèmes de soutien et de résilience dont elles-mêmes disposent, de leurs propres expériences, de leur niveau de stress, des difficultés auxquelles elles sont confrontées et, le cas échéant, des violences sexuelles qu'elles ont elles aussi subies dans l'enfance. Voici les sentiments et réactions émotionnelles les plus courants provoqués par la divulgation des violences sexuelles infligées à un enfant :

- » La colère, l'incrédulité, l'état de choc, l'inquiétude, la tristesse profonde et la peur ;
- » Le sentiment de trahison, la confusion et l'incrédulité ;
- » L'insomnie, les troubles de l'appétit ou tout autre trouble d'ordre physique ;
- » La difficulté à déterminer quoi faire et à qui demander de l'aide ;
- » La honte et la culpabilité de n'avoir pas prêté suffisamment attention aux comportements de l'enfant ;
- » Le sentiment d'avoir échoué en tant que parent et de n'avoir pas su protéger son enfant ;
- » Des interrogations liées au fait que l'enfant a choisi de divulguer les violences à une tierce personne plutôt que de s'adresser directement à ses parents ;
- » Des émotions contradictoires, en particulier lorsque l'auteur présumé des violences est une personne de confiance, un ami proche ou un membre de la famille ;

- » Volonté de faire « disparaître » le problème ou incapacité à reconnaître que les violences sexuelles peuvent avoir des répercussions néfastes sur l'enfant et que celui-ci a besoin d'une prise en charge ;
- » Colère dirigée contre l'enfant, réprimandes ou coups donnés à l'enfant ;
- » Priorité accordée à l'honneur et aux relations familiales au détriment de l'enfant survivant, volontairement ou sous la pression.

Après la divulgation des violences sexuelles, les personnes qui s'occupent de l'enfant survivant ont besoin d'être accompagnées, aussi bien pour la gestion de leurs propres souffrances émotionnelles que pour l'aide et l'attention qu'elles devront elles-mêmes fournir à l'enfant en vue de faciliter sa guérison. Elles doivent également prendre conscience de l'importance cruciale du crédit accordé à la parole de l'enfant dans le processus de rétablissement de ce dernier. C'est pourquoi les prestataires de services responsables de la prise en charge des cas de violences sexuelles infligées à des enfants doivent maîtriser les stratégies et les compétences qui leur permettront de garantir la participation constructive des personnes n'ayant pas commis de violences qui s'occupent de l'enfant au processus de guérison et de rétablissement de ce dernier.

Plusieurs facteurs sont susceptibles d'exercer une influence à la fois sur les réactions des personnes qui s'occupent de l'enfant et sur leur capacité à apporter à leur enfant les soins et le soutien dont il a besoin

La violence au sein du couple, par exemple, est un facteur de risque qui favorise la violence à l'égard des enfants. De plus, lorsqu'une mère subit des violences infligées par son partenaire et que celui-ci inflige également des violences sexuelles à l'enfant, la mère peut se trouver dans l'incapacité de s'extraire de cette situation et d'éloigner ses enfants du domicile. Les mères qui ont elles-mêmes subi des violences dans l'enfance peuvent être confrontées à d'anciennes émotions qui resurgissent et entravent leur capacité à faire preuve de bienveillance à l'égard de leur propre enfant. C'est pourquoi les prestataires de services doivent veiller à ne pas faire porter la responsabilité des violences sexuelles aux personnes n'ayant pas commis de violences qui s'occupent de l'enfant, en particulier lorsqu'il s'agit d'une femme.

Élaborer des domaines de connaissances supplémentaires et les adapter au contexte d'intervention

Selon le contexte de prestation des services, il peut être important que le personnel maîtrise des domaines de connaissances supplémentaires relatifs aux violences sexuelles infligées aux enfants. Par ailleurs, les données relatives aux violences sexuelles peuvent varier d'un contexte à l'autre, en fonction de la population bénéficiaire. Les responsables et superviseurs sont donc encouragés à compléter et/ou à adapter les principaux domaines de connaissances décrits dans ce chapitre.

DIRECTIVES POUR LA PRISE EN CHARGE DES CONNAISSANCES

Date :

Nom du travailleur social :

Superviseur :

OBJECTIF

Cet outil permet aux superviseurs de déterminer si les travailleurs sociaux spécialisés dans la lutte contre la VBG ou la protection de l'enfance ont suffisamment de connaissances techniques pour intervenir auprès d'enfants ayant subi des violences sexuelles.

INSTRUCTIONS GÉNÉRALES

1. Utilisez l'outil PES d'évaluation des connaissances dans le cadre d'une discussion avec les travailleurs sociaux dans un lieu calme et privé.
2. Expliquez-leur que cet outil sert à déterminer les domaines dans lesquels ils ont besoin de renforcer leurs capacités. et qu'il n'est pas question d'évaluer leurs performances. Expliquez aux travailleurs sociaux qu'un score leur sera attribué afin de déterminer si leur niveau de connaissances est conforme aux attentes.
3. Demandez aux travailleurs sociaux évalués de partager leurs connaissances sur les 20 domaines abordés dans l'outil. Comparez leurs réponses au contenu de la colonne « Critères » et notez-les selon l'échelle suivante :
 - **Niveau atteint (2 points)** : La personne évaluée fournit une réponse correcte et exhaustive.
 - **Niveau partiellement atteint (1 point)** : La personne évaluée fournit au moins 50 % des éléments de réponse attendus. Par exemple, si vous demandez à un travailleur social de recenser quatre signes et symptômes de violence et qu'il n'en connaît que deux.
 - **Niveau non atteint (0 point)** : La personne évaluée n'est pas en mesure de répondre à la question.
4. Une fois l'évaluation terminée, calculez le score total, discutez-en avec le travailleur social et, le cas échéant, évoquez les mesures de renforcement des capacités à prendre.

QUESTIONS D'ÉVALUATION

Domaine de connaissances et de compétences	Remarques	Niveau atteint (2 points)	Niveau partiellement atteint (1 point)	Niveau non atteint (0 point)
<p>1. Donnez une définition générale des violences sexuelles infligées aux enfants.</p>	<p>La personne évaluée doit remplir les principaux critères suivants pour obtenir le score maximum :</p> <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. Parler du fait que les auteurs des violences utilisent le pouvoir qu'ils exercent sur les enfants à des fins sexuelles. 3. <i>Commencer éventuellement par décrire des actes de violences sexuelles, dont vous pouvez tenir compte pour évaluer la réponse à la question ci-dessous.</i> 			
<p>2. Donnez des exemples de violences sexuelles AVEC attouchement (contact).</p>	<p>La personne évaluée doit fournir au moins deux exemples pour obtenir le score maximum :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Forcer une relation sexuelle anale, vaginale ou orale. 2. Toucher la poitrine, les fesses ou l'anus d'un enfant de manière sexuelle. 3. Forcer un enfant à toucher les parties intimes d'une tierce personne à des fins sexuelles. 			
<p>3. Donnez des exemples de violences sexuelles SANS attouchement (sans contact).</p>	<p>La personne évaluée doit fournir au moins cinq exemples pour obtenir le score maximum :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Contraindre un enfant à regarder des films, à lire des histoires ou à regarder des images à caractère sexuel. 2. Montrer ses parties intimes à un enfant à des fins sexuelles (par exemple, se masturber devant un enfant). 3. Prendre des photos d'un enfant dans des positions sexuelles. 4. Faire délibérément regarder des actes sexuels à un enfant. 5. Parler à un enfant en des termes sexuels. 6. Regarder un enfant se déshabiller ou aller aux toilettes de façon inappropriée (c'est-à-dire dans le but d'en tirer du plaisir sexuel). 			
<p>4. Quels sont les types de violences sexuelles courants dans votre contexte d'intervention ?</p>	<p>La réponse à cette question doit être adaptée au contexte d'intervention.</p>			
<p>5. Qui peut commettre des violences sexuelles ?</p>	<p>La personne évaluée doit citer les principaux points suivants pour obtenir le score maximum :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les enfants subissent le plus souvent des violences de la part de personnes qu'ils connaissent et en qui ils ont confiance. 2. Il arrive que des enfants infligent des violences sexuelles à d'autres enfants. 3. Les enfants peuvent aussi subir des violences sexuelles de la part d'inconnus. 4. Autre élément de réponse propre au contexte. 			

<p>6. Quelles sont les raisons pour lesquelles un enfant peut garder le silence sur les violences sexuelles subies ?</p>	<p>La personne évaluée doit citer au moins six raisons pour obtenir le score maximum :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. L'enfant a peur de subir de nouvelles violences. 2. L'enfant a été menacé par l'auteur des violences. 3. L'enfant a peur de se voir adresser des reproches. 4. L'enfant ne sait pas qu'il a subi des violences. 5. L'enfant protège ses parents ou sa famille. 6. L'enfant a honte et se sent coupable. 7. L'enfant est manipulé (il a reçu quelque chose en échange de son silence). 8. Autre raison propre à la population concernée ou au contexte culturel. 			
<p>7. Pourquoi est-il important de savoir comment les violences sexuelles ont été découvertes pour la première fois (c'est-à-dire divulguées) ?</p>	<p>La personne évaluée doit citer les trois points suivants pour obtenir le score maximum :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pour savoir si l'enfant a « consenti » à la divulgation des violences sexuelles. 2. Pour savoir si l'enfant a déjà parlé des violences à quelqu'un, qu'il faudrait alors considérer comme une personne de confiance possible. 3. Pour savoir si la principale personne qui s'occupe de l'enfant est au fait des violences, ce dont dépendra la coordination de la prise en charge et du traitement avec la famille. 			
<p>8. Énumérez les signes et les symptômes fréquents de violences sexuelles chez les enfants âgés de 0 à 5 ans.</p>	<p>La personne évaluée doit citer au moins cinq signes ou symptômes pour obtenir le score maximum :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. L'enfant pleure, gémit ou crie de manière inhabituelle. 2. L'enfant tremble ou a peur. 3. L'enfant refuse d'être séparé des personnes qui s'occupent de lui, auxquelles il peut se montrer plus attaché que la normale. 4. L'enfant peut refuser de quitter les lieux où il se sent en sécurité. 5. L'enfant présente des troubles du sommeil. 6. L'enfant présente des troubles du développement, tels que la perte de sa faculté à parler. 			
<p>9. Énumérez les signes et les symptômes fréquents de violences sexuelles chez les enfants âgés de 6 à 9 ans.</p>	<p>La personne évaluée doit citer les principaux points suivants pour obtenir le score maximum :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. L'enfant a peur de certaines personnes, de certaines activités ou de certains lieux. 2. L'enfant se comporte comme un bébé (par exemple, il mouille son lit ou demande à ses parents de l'habiller). 3. L'enfant peut refuser d'aller à l'école. 4. L'enfant touche fréquemment ses parties intimes. 5. L'enfant se sent triste. 6. L'enfant fait des cauchemars (de très mauvais rêves) ou présente des troubles du sommeil. 7. L'enfant reste seul et s'isole de sa famille ou de ses amis. 8. L'enfant présente des troubles du comportement alimentaire, tels que la perte d'appétit ou une faim constante. 9. Autres réactions fréquentes dans la population ou le contexte culturel. 			

<p>10. Énumérez les signes et les symptômes fréquents de violences sexuelles chez les enfants âgés de 10 à 17 ans.</p>	<p>La personne évaluée doit citer au moins six signes ou symptômes pour obtenir le score maximum :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. L'enfant souffre de dépression, est triste ou pleure. 2. L'enfant fait des cauchemars. 3. L'enfant a des problèmes à l'école (il a du mal à se concentrer). 4. L'enfant s'isole de ses amis et abandonne les activités communautaires. 5. L'enfant a un comportement colérique et bagarreur. 6. L'enfant pense constamment aux violences sexuelles, même lorsqu'il n'en a pas envie. 7. L'enfant a des pensées suicidaires et/ou fait des tentatives de suicide. 8. Autres réactions fréquentes dans la population ou le contexte culturel. 			
<p>11. Quelles sont les conséquences fréquentes des violences sexuelles sur la vie sociale d'un enfant ?</p>	<p>La personne évaluée doit citer au moins quatre conséquences pour obtenir le score maximum :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. L'enfant est rejeté par sa famille et/ou sa communauté. 2. La famille et/ou la communauté de l'enfant considèrent qu'il est en faute. 3. L'enfant est stigmatisé et marginalisé. 4. L'enfant est considéré comme une « mauvaise fille » ou un « garçon homosexuel ». 5. Autre conséquence liée au contexte culturel. 			
<p>12. Quelles sont les conséquences fréquentes des violences sexuelles sur la santé d'un enfant ?</p>	<p>La personne évaluée doit citer au moins huit conséquences pour obtenir le score maximum :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Blessures (ecchymoses, fractures, lésions vaginales). 2. Maladie ou infection. 3. Infections chroniques. 4. Douleurs chroniques 5. Problèmes gastro-intestinaux. 6. Troubles du sommeil. 7. Grossesse non désirée. 8. Avortement à risque. 9. Infections sexuellement transmissibles (dont le VIH). 10. Troubles menstruels. 11. Complications pendant la grossesse. 12. Troubles gynécologiques. 			
<p>13. Quelles sont les considérations propres aux filles survivantes ?</p>	<p>La personne évaluée doit donner la réponse n° 3 et citer deux autres éléments pour obtenir le score maximum :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le risque que les filles subissent des violences sexuelles augmente avec l'âge. 2. Les filles victimes de violences sexuelles subissent souvent d'autres formes de VBG. 3. La divulgation peut mener à d'autres formes de VBG (crime d'honneur, mariage forcé avec l'auteur des violences, restriction de la liberté de mouvement, abandon scolaire forcé, etc.). 4. Les filles auront probablement besoin de parler à des prestataires de services de sexe féminin. 5. Les adolescentes auront probablement besoin de soins de santé procréative. 			

<p>14. Quelles sont les considérations propres aux garçons survivants ?</p>	<p>La personne évaluée doit citer trois éléments pour obtenir le score maximum :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les garçons peuvent subir de multiples formes de violences sexuelles. 2. Divulguer les violences sexuelles peut s'avérer encore plus difficile pour les garçons que pour les filles. 3. Les garçons peuvent éprouver une grande honte et/ou de la peur que les violences sexuelles les rendent homosexuels. 4. Le fait de subir des violences sexuelles ne rend pas homosexuel. 5. Autres considérations propres au contexte culturel 			
<p>15. En plus du genre et de l'âge, quelles sont les autres identités dont les travailleurs sociaux doivent avoir conscience et tenir compte lorsqu'ils prennent en charge des enfants survivants ?</p>	<p>La personne évaluée doit citer deux des quatre premiers exemples et un exemple propre au contexte pour obtenir le score maximum :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Handicap. 2. Race. 3. Origine ethnique. 4. Orientation sexuelle et identité et expression de genre. 5. Identité propre au contexte (par exemple, appartenance à une tribu). 6. Identité propre au contexte (par exemple, adhésion à une religion). 			
<p>16. Quels facteurs peuvent aggraver les violences sexuelles ?</p>	<p>La personne évaluée doit énumérer au moins cinq facteurs pour obtenir le score maximum :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Âge de l'enfant survivant au moment de la maltraitance. 2. L'usage de la force. 3. La durée des violences (plus elles s'inscrivent dans la durée, plus la situation est grave). 4. La relation entre l'enfant et l'auteur des violences (plus ils sont proches, plus la situation est grave). 5. Ce qui s'est passé après les violences, notamment si l'enfant a été cru et a obtenu de l'aide (le fait de ne pas être cru entraîne des conséquences plus graves). 6. Autre facteur propre au contexte. 			
<p>17. Qu'éprouvent souvent les personnes qui s'occupent de l'enfant lorsqu'elles découvrent qu'il a subi des violences sexuelles ?</p>	<p>La personne évaluée doit citer au moins cinq des éléments ci-après pour obtenir le score maximum :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Un sentiment d'être responsables de la situation. 2. De la peur pour la santé et la sécurité de l'enfant. 3. De la culpabilité et de la honte. 4. De la colère envers l'enfant. 5. Un manque de compréhension à l'égard de l'enfant (par exemple, penser que ce dernier ment). 6. Autres considérations propres au contexte culturel 			

<p>18. Qu'est-ce qui peut aider un enfant à s'adapter et à guérir ?</p>	<p>La personne évaluée doit énumérer au moins cinq facteurs pour obtenir le score maximum :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Un soutien et des soins bienveillants en temps opportun. 2. La famille, un soutien social et des services de prise en charge. 3. Être en mesure de poursuivre sa scolarité et les autres activités auxquelles il participait avant la survenue des violences. 4. Bénéficier d'interventions psychosociales qui l'aident à comprendre et à gérer sa réaction aux violences. 5. Les capacités individuelles de l'enfant. 6. Des croyances religieuses ou spirituelles. 7. Autre facteur propre au contexte. 			
<p>19. Pourquoi est-il important que les prestataires de services disposent de connaissances sur les violences sexuelles infligées aux enfants ?</p>	<p>La personne évaluée doit citer au moins trois des raisons ci-après pour obtenir le score maximum :</p> <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'en occupent. 2. Pour sensibiliser les communautés aux violences sexuelles infligées aux enfants en leur fournissant des informations exactes. 3. Pour sensibiliser les enfants survivants et les membres de leur famille aux violences sexuelles. 4. Pour aider les enfants à comprendre ce qui leur est arrivé et à reconnaître la légitimité de leur vécu. 			
<p>20. QUESTION SUPPLÉMENTAIRE À ADAPTER EN FONCTION DU PROGRAMME</p>				
TOTAL DES POINTS DES QUESTIONS 1 À 20				
SCORE TOTAL				

ÉVALUATION DES CONNAISSANCES

De 30 à 40 points : Les scores compris dans cette fourchette indiquent que la personne évaluée a **atteint** le niveau de connaissances fondamentales exigé et peut travailler avec des enfants et des familles de manière autonome et sous supervision continue.

De 16 à 28 points : Les scores compris dans cette fourchette indiquent que la personne évaluée a **partiellement atteint** le niveau de connaissances fondamentales exigé, mais qu'elle doit bénéficier d'une formation supplémentaire pour acquérir des connaissances exactes et exhaustives sur les violences sexuelles infligées aux enfants. La personne évaluée doit être supervisée de très près si elle prend en charge des enfants victimes de violences sexuelles. Il convient également d'établir un plan de renforcement des capacités, qui peut inclure des séances d'encadrement individuelles, des possibilités de formation complémentaire, des séances d'observation de collègues ou d'autres activités de renforcement des capacités.

De 0 à 14 points : Les scores compris dans cette fourchette indiquent que la personne évaluée n'a **pas atteint** le niveau de compétences fondamentales exigé. Ses connaissances sont insuffisantes pour prendre en charge des enfants victimes de violences sexuelles. Il convient d'établir un plan de renforcement des capacités, qui peut inclure des séances d'encadrement individuelles, des possibilités de formation complémentaire, des séances d'observation de collègues ou d'autres activités de renforcement des capacités. Les connaissances de la personne devront être réévaluées au terme de la formation complémentaire.

Évaluation finale :

_____ Niveau atteint

_____ Niveau partiellement atteint

_____ Niveau non atteint

AUTRES OBSERVATIONS ET COMMENTAIRES**PLAN DE RENFORCEMENT DES CAPACITÉS (si nécessaire)****SIGNATURE DU SUPERVISEUR** _____**SIGNATURE DE LA PERSONNE ÉVALUÉE** _____

Chapitre 3

LES ATTITUDES ET PRÉJUGÉS DES TRAVAILLEURS SOCIAUX

PRÉSENTATION DU CHAPITRE

Ce chapitre décrit la manière dont les travailleurs sociaux peuvent repérer et combattre les attitudes préjudiciables et les préjugés défavorables afin de mieux répondre aux besoins des enfants ayant subi des violences sexuelles et des personnes n'ayant pas commis de violences qui s'occupent d'eux. Il définit :

- » Les attitudes bienveillantes que les travailleurs sociaux doivent adopter pour fournir des services appropriés aux enfants qui sont exposés au risque ou qui ont été victimes de violences sexuelles ;
- » Les mythes néfastes qui entourent les violences sexuelles infligées aux enfants et la manière de les combattre ;
- » La façon dont les travailleurs sociaux peuvent prendre conscience et se défaire de leurs préjugés au sujet des différentes identités des enfants ayant subi des violences sexuelles.

Outil associé

Outil d'évaluation des attitudes en matière de PES

INTRODUCTION

Dans nombre de sociétés et de cultures, les enfants et les violences sexuelles qui leur sont infligées sont associés à des normes et à des croyances profondément enracinées qui cautionnent implicitement les violences, réduisent les victimes au silence et leur font honte. Qu'ils en aient conscience ou non, les travailleurs sociaux adhèrent parfois à certaines de ces normes et croyances, ce qui influence leur prise en charge des enfants ayant subi des violences sexuelles. Ces normes et croyances, y compris les attitudes des prestataires de services, conditionnent directement la probabilité qu'un enfant révèle des violences sexuelles ainsi que son parcours de guérison et de rétablissement⁷⁹.

⁷⁹ 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*. Basic Books, 2007.

Avant d'intervenir auprès d'enfants survivants, les travailleurs sociaux doivent réfléchir à leurs attitudes à l'égard des enfants et des violences sexuelles qu'ils subissent. Le *test d'évaluation des attitudes PES*, qui fonctionne comme un outil d'auto-évaluation ou d'évaluation par un superviseur, est un moyen de faciliter ce processus. Il permet aux superviseurs d'aider les travailleurs sociaux à repérer leurs éventuelles attitudes préjudiciables et les préjugés défavorables qu'ils pourraient nourrir, ainsi que de favoriser la réflexion et l'apprentissage (voir le *chapitre 8 sur la supervision et le bien-être du personnel*). Supervision et bien-être du personnel. Organiser des exercices de simulation peut également aider les travailleurs sociaux à s'évaluer, à réfléchir et à apprendre (voir le *module 3 de la formation PES*).

LES ATTITUDES ESSENTIELLES DES TRAVAILLEURS SOCIAUX POUR LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS SURVIVANTS

Dans le cadre de l'approche PES, les travailleurs sociaux acquièrent et adoptent des attitudes essentielles à une prise en charge efficace des enfants ayant subi des violences sexuelles.

Attitudes à l'égard des enfants

- » Les enfants disposent d'atouts et de mécanismes d'adaptation innés que les travailleurs sociaux doivent mettre à profit dans le cadre de leurs interventions ;
- » Les enfants sont l'avenir de nos communautés et de nos pays, mais ils ont également la faculté et l'énergie de contribuer dès à présent ;
- » Les enfants, en particulier les filles, ne doivent pas subir de mariage précoce et forcé, ni être victimes d'autres pratiques traditionnelles néfastes qui présentent des risques graves pour leur santé physique, mentale et émotionnelle ;
- » Les enfants ont le droit :
 - de grandir en bonne santé.
 - de vivre une vie à l'abri de la violence et de tout préjudice.
 - de recevoir des soins, de l'amour et du soutien.
 - d'être entendus et de participer à la prise des décisions qui les concernent.
 - d'être informés d'une manière qu'ils peuvent comprendre.
 - d'être traités équitablement et sans discrimination fondée sur le genre, l'âge, la sexualité, le handicap ou d'autres caractéristiques.

Attitudes à l'égard des enfants ayant subi des violences sexuelles

- » Les enfants disent la vérité au sujet des violences sexuelles ;
- » Les enfants ne sont pas responsables des violences sexuelles ;
- » Les enfants peuvent se rétablir et guérir des violences sexuelles ;
- » Les enfants ne doivent pas être stigmatisés, couverts de honte, jugés responsables ou ridiculisés parce qu'ils ont subi des violences sexuelles ;
- » Les enfants ont besoin d'être rassurés quant au fait que leurs émotions et réactions sont normales, et qu'ils ont la force et la capacité de se rétablir et de s'épanouir ;
- » Les enfants ont droit au respect de leur vie privée et à la possibilité de décider comment et à qui ils racontent leur histoire ;

- » Les enfants ont besoin de comprendre ce qui leur est arrivé et de connaître les services disponibles et adaptés à leur âge et à leur stade de développement auxquels ils peuvent accéder ;
- » Les enfants, y compris les adolescents plus âgés, ne sont pas des adultes. Les adolescents ont besoin d'être soutenus, pris en charge et protégés de façon similaire aux jeunes enfants pour guérir et se rétablir des violences sexuelles ;
- » Les enfants, notamment les adolescentes, ont besoin d'espaces sûrs et d'interagir avec leurs pairs, plutôt que d'être soumis à des restrictions qui limitent leurs possibilités de socialisation à mesure qu'ils grandissent ;
- » Les enfants, en particulier les filles, ne doivent pas être mariés de force à l'auteur des violences.

Combattre les attitudes et croyances préjudiciables

Les travailleurs sociaux qui interviennent auprès d'enfants ayant subi des violences sexuelles jouent un rôle essentiel dans la lutte contre les mythes préjudiciables qui entourent ces violences et qui peuvent avoir un impact sur l'accès des enfants à la prise en charge et leur processus de guérison. Combattre ces mythes avec les enfants survivants, leur famille et d'autres prestataires de services peut contribuer à soulager les sentiments de culpabilité et de honte chez les enfants et leur famille, à mettre fin à la stigmatisation des services de prise en charge des enfants ayant subi des violences sexuelles et à offrir plus de possibilités de guérison.

Dans le cadre des processus de formation et de supervision, les travailleurs sociaux doivent également définir les mythes propres à la culture de leurs bénéficiaires et déterminer la meilleure manière de les combattre. Le tableau 3.1 recense certaines des attitudes et des croyances potentiellement préjudiciables qui sont communes à de nombreuses cultures. Il contient également des informations précises et des mesures que les travailleurs sociaux peuvent présenter aux enfants ayant subi des violences sexuelles et aux personnes qui s'en occupent lorsque les attitudes ou les croyances décrites entravent le processus de gestion de cas.

Tableau 3.1 : Attitudes et croyances potentiellement préjudiciables concernant les violences sexuelles infligées aux enfants

Attitude/ croyance	Informations qu'il est possible de transmettre à l'enfant ou à la personne qui s'en occupe
Il est honteux ou malvenu d'aborder toute question de santé sexuelle et procréative avec un enfant. Ces questions sont réservées aux adultes.	<ul style="list-style-type: none"> » Apprendre aux enfants qu'il est acceptable de discuter de ces sujets et leur enseigner le vocabulaire à employer peut les aider à reconnaître et à divulguer de telles violences⁸⁰. » Il peut être moins acceptable pour les filles de parler de sexualité ou d'avoir des connaissances sur la santé sexuelle et procréative en raison des croyances liées aux concepts de pureté et de virginité.
Il est rare que les enfants subissent des violences sexuelles.	<ul style="list-style-type: none"> » Si l'on ne connaît pas le taux de prévalence exact des violences sexuelles infligées aux enfants au niveau mondial, des méta-analyses⁸¹ indiquent que 7 à 12 % des garçons et 18 à 20 % des filles dans le monde déclarent avoir subi des violences sexuelles.

⁸⁰ Kenny, M.C. et al., 'Child sexual abuse: From prevention to self-protection', Child Abuse Review 17(1):36-54, January 2008.

⁸¹ Murray, L. K., Nguyen, A. et Cohen, J. A., « Child Sexual Abuse », Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, vol. 23, n° 2, p. 321-337.

<p>Les enfants mentent ou inventent des histoires au sujet des violences sexuelles. Nous ne pouvons pas croire qu'ils disent la vérité sur ce qu'ils ont subi.</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Les enfants mentent rarement au sujet des violences sexuelles et il faut les croire lorsqu'ils en parlent. » Selon leurs identités, certains enfants ont moins de chances d'être crus que d'autres. Par exemple, les dires d'une fille handicapée sont susceptibles d'être davantage remis en question en raison des mythes et des normes concernant le genre et le handicap.
<p>Seule une personne étrangère peut infliger des violences sexuelles à un enfant. Aucune personne connue de la famille et considérée comme étant de confiance ne ferait cela.</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Les statistiques montrent que les enfants ont le plus de risques de subir des violences de la part d'un membre de la famille, d'un parent ou d'un ami de leur famille. » Ainsi, dans de nombreuses cultures, en raison des valeurs patriarcales et de la plus grande valeur attribuée aux hommes et aux garçons qu'aux femmes et aux filles, les hommes bénéficient d'une certaine « crédibilité » par rapport aux enfants, en particulier les filles. Les auteurs des violences peuvent utiliser (et ne s'en privent pas) cette situation à leur avantage lorsqu'ils nient les violences.
<p>Certaines filles, en raison de leur tenue ou de leur comportement, sont responsables des violences subies.</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Les enfants ne sont jamais responsables ou à l'origine des violences qu'ils ont subies. » Ce préjugé omniprésent à l'égard des filles leur fait porter la responsabilité plutôt qu'aux auteurs des violences. Ce transfert de responsabilité contribue à justifier la prise de mesures préjudiciables, telles que le mariage précoce et forcé de l'enfant à l'auteur des violences.
<p>Les garçons adolescents ne peuvent pas subir de violences sexuelles.</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Les garçons adolescents peuvent être victimes de violences sexuelles. » Ce mythe est ancré dans la croyance selon laquelle les garçons adolescents sont constamment à la recherche d'expériences sexuelles et les apprécient toujours, et ne peuvent donc pas être considérés comme des survivants de violences sexuelles. Cette croyance peut être particulièrement tenace si l'auteur des violences est une femme.
<p>Si un homme inflige des violences sexuelles à un garçon, cela veut automatiquement dire que le garçon est homosexuel.</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Nombre de garçons survivants croient eux-mêmes en ce mythe répandu, ce qui les empêche souvent de chercher à accéder aux services. Les violences sexuelles ne façonnent et ne modifient pas la sexualité. » Les réactions à l'homosexualité sont souvent violentes. L'idée selon laquelle un garçon ayant subi des violences sexuelles est homosexuel peut donc le rendre plus susceptible de subir d'autres formes de violence.
<p>La valeur d'une fille réside dans sa pureté. Par conséquent, si elle subit des violences sexuelles, elle n'a plus de valeur pour sa famille ou sa communauté.</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Cette croyance découle des normes qui lient la valeur des femmes et des filles à la chasteté qu'on leur attribue et qui visent à contrôler leurs actes, dont leur expérience de la sexualité. » Investir en faveur des filles améliore le bien-être des familles et des communautés dans leur ensemble.

<p>Si un garçon subit des violences sexuelles, il finira par en infliger à d'autres enfants ou par devenir un auteur de violences plus tard dans la vie.</p>	<ul style="list-style-type: none"> » La plupart des enfants qui subissent des violences sexuelles ne deviendront pas des auteurs de violences. » Cette croyance peut conduire à la culpabilisation, à la stigmatisation et à la maltraitance des enfants survivants. La présomption selon laquelle les enfants survivants deviendront eux-mêmes des auteurs de violences peut leur donner une image négative ou détourner l'attention de leur guérison et de leur rétablissement au profit de mesures de prévention.
<p>Un enfant survivant qui ne présente pas de signes émotionnels, psychologiques, comportementaux ou physiques de détresse va bien et continuera d'aller bien.</p>	<ul style="list-style-type: none"> » La guérison et le rétablissement ne sont pas des processus linéaires. Un enfant peut présenter des signes et des symptômes que la personne qui s'en occupe ou le travailleur social ne reconnaît pas, ou ne pas encore présenter de signes et de symptômes manifestes de violences. » Le stress, le fait de subir de nouvelles violences, des changements radicaux dans les habitudes quotidiennes ou dans l'environnement de l'enfant, voire le passage à l'adolescence ou à l'âge adulte peuvent faire apparaître des signes et des symptômes des années après la survenue des violences.

Autres attitudes et comportements préjudiciables

Les violences sexuelles suscitent souvent un fort sentiment de culpabilité et de honte chez les enfants et les personnes qui s'occupent d'eux. L'idée que des enfants puissent être victimes de violences sexuelles suscite souvent de la résistance au sein de la communauté touchée, car il s'agit pour beaucoup d'un phénomène particulièrement difficile à accepter.

Cette résistance peut prendre les formes suivantes :

- » **Nier les faits** : Refuser de reconnaître qu'une chose est vraie ou représente un problème. Par exemple : « Il n'est rien arrivé à mon enfant. Il ment pour attirer l'attention. »
- » **Minimiser les faits** : Considérer qu'un événement est moins grave qu'il ne l'est en réalité. Par exemple : « Elle n'est pas la seule à qui ça arrive. Elle devrait être contente qu'il la trouve belle. »
- » **Justifier les faits** : Affirmer que quelque chose est raisonnable ou acceptable. Par exemple : « Une fille de 13 ans peut être mariée. »
- » **Rejeter la faute sur la victime** : Déclarer que l'enfant est responsable des violences qu'il a subies. Par exemple : « Elle n'aurait pas dû se trouver seule avec cet homme. Pourquoi l'a-t-elle suivi ? »
- » **Comparer des victimes** : Porter l'attention sur un autre groupe également victime de violences. Par exemple : « Ça n'arrive pas si souvent. Il est beaucoup plus courant que les garçons soient contraints de se battre. Voilà ce qui doit être notre priorité. »
- » **Garder le silence** : Ignorer ou taire les violences sexuelles, en particulier s'il s'agit d'une pratique acceptable dans la communauté. Par exemple : Ne faire aucun cas des déclarations d'un enfant en disant « Les hommes sont comme ça. Ça m'est aussi arrivé, nous ne devrions pas en parler. »

- » **Renforcement des normes néfastes** : Comportements qui favorisent ou qui renforcent les inégalités de pouvoir, les croyances et attitudes traditionnelles néfastes, les mythes qui entourent les violences sexuelles infligées aux enfants, ou encore la prise de mesures préjudiciables ou violentes face à de telles situations. Par exemple : Soutenir les idées d'un dirigeant communautaire qui propose de restreindre l'accès des adolescentes à l'éducation et à la vie communautaire pour prévenir les violences sexuelles. Être favorable ou contribuer au mariage forcé d'un enfant survivant à l'auteur des violences.

L'EXAMEN DES PRÉJUGÉS DES TRAVAILLEURS SOCIAUX

Au-delà de leurs attitudes concernant les enfants et les violences sexuelles infligées à ces derniers, les travailleurs sociaux doivent reconnaître et examiner les préjugés qu'ils pourraient nourrir à l'égard des identités multiples et croisées de l'enfant et de la famille auprès desquels ils interviennent. Les travailleurs sociaux qui prennent en charge des cas de violences sexuelles infligées à des enfants ne sont pas les seuls à devoir réfléchir à leurs préjugés. Cependant, il arrive que les identités d'un enfant exigent d'adopter une stratégie particulière pour répondre à ses besoins. La supervision et la formation sont deux moyens permettant d'examiner les préjugés des travailleurs sociaux. Il est recommandé que les travailleurs sociaux, avec le soutien de leurs superviseurs :

- » Examinent leurs croyances au sujet des besoins des enfants en matière de santé sexuelle et procréative, de la mise en place d'une éducation complète à la sexualité, ainsi que des comportements et des relations qu'ils jugent acceptables pour les enfants et les adolescents ;
- » S'interrogent sur les limites qu'ils imposent ou les exceptions qu'ils font au principe selon lequel tous les enfants méritent le respect et des services de qualité (notamment en fonction du comportement ou d'une identité spécifique de la personne bénéficiaire) ;
- » Mettent en place des mesures permettant aux enfants d'exprimer leur opinion, d'indiquer leurs besoins et de jouer un rôle actif dans leur propre rétablissement, conformément au principe selon lequel les enfants ont le droit, dans la mesure du possible et en fonction de leur âge et de leur stade de développement, de prendre leurs propres décisions ;
- » Prennent conscience de l'impact du genre et de l'âge sur l'expérience des violences sexuelles infligées aux enfants et les réactions face à ces violences ;
- » Comprennent qu'il est possible que des enfants survivants n'aient pas accès aux services ou échappent davantage à l'attention des travailleurs sociaux en raison des différentes formes d'oppression dont ils sont victimes ou de certaines de leurs identités ;
- » Prennent connaissance des identités qui entraînent des difficultés, des obstacles ou des formes de discrimination dans le contexte d'intervention.

Considérations propres aux filles et aux adolescentes survivantes

Les travailleurs sociaux doivent :

- » Réfléchir à leur expérience des inégalités de genre et à leurs croyances à ce sujet ;
- » Identifier les filles les plus marginalisées dans le contexte culturel et les facteurs de risque qui favorisent la marginalisation. Les groupes susceptibles d'être marginalisés varient selon les contextes, mais il peut s'agir des filles d'un certain âge, des filles mariées, des filles d'une certaine appartenance ethnique ou religion, des filles d'orientation sexuelle et d'identité de genre diverses, ainsi que des filles handicapées ;
- » S'efforcer de comprendre les moyens qui permettent aux filles de s'épanouir dans des cultures et des communautés qui les soumettent souvent à différentes formes d'oppression ;
- » Déterminer en priorité les possibilités, ainsi que les réseaux et les espaces formels ou informels dont les filles survivantes disposent pour interagir avec d'autres filles et des personnes pouvant jouer un rôle de modèle ;
- » Remettre en question les normes sociales et les attitudes qui cautionnent la violence perpétrée par des hommes et occultent les violences sexuelles infligées aux filles.

Le *chapitre 2 (domaine de connaissances 6)* explique les raisons pour lesquelles les filles peuvent avoir besoin d'une prise en charge particulière.

Considérations propres aux garçons et aux adolescents survivants

Les travailleurs sociaux doivent :

- » Réfléchir à leur expérience des attentes fondées sur le genre et à leurs croyances en la matière ;
- » Prendre conscience des différentes conséquences néfastes des inégalités de genre et des valeurs patriarcales sur les garçons et sur les filles ;
- » Comprendre les obstacles à l'accès aux services, notamment les lois qui criminalisent les relations sexuelles entre personnes du même sexe⁸² ;
- » Comprendre les croyances néfastes que les travailleurs sociaux pourraient avoir au sujet des garçons survivants et des personnes d'OSIEGCS diverses ;
- » Comprendre la manière dont les garçons intériorisent les croyances néfastes à propos de la sexualité, des relations et de la masculinité.

Le *chapitre 2 (domaine de connaissance 6)* explique pourquoi les garçons peuvent nécessiter une prise en charge particulière.

⁸² Chynoweth, S. K., Buscher, D., Martin, S. et Zwi, A. B., « [A social ecological approach to understanding service utilization barriers among male survivors of sexual violence in three refugee settings: a qualitative exploratory study](#) ». *Conflict and Health*, vol. 14, art. 43, 2020.

Considérations propres aux enfants survivants handicapés

Les travailleurs sociaux et les superviseurs peuvent⁸³ :

- » Examiner leurs attitudes à l'égard du handicap en répondant aux questions suivantes :
 - Comment traitez-vous les personnes handicapées ?
 - Que vous a-t-on appris au sujet des personnes handicapées lorsque vous étiez enfant ?
 - Que vous a-t-on appris au sujet des personnes atteintes d'un handicap mental et quelle est l'influence de ces mythes sur vos opinions actuelles ?
- » Comprendre que le handicap découle principalement d'obstacles sociaux plutôt que de déficiences chez l'enfant ;
- » Examiner et reconnaître les obstacles qui entravent l'inclusion des enfants handicapés, et promouvoir l'accessibilité et l'inclusivité ;
 - Évaluer leurs services et procéder à des aménagements raisonnables pour lever les obstacles physiques et en matière de communication ;
 - Évaluer la sécurité des dispositifs d'orientation et les attitudes des prestataires à l'égard des enfants handicapés ;
 - Avoir conscience de la façon dont les besoins d'un enfant en matière de santé sexuelle et procréative peuvent dépendre de son handicap (par exemple, certaines pathologies peuvent précipiter ou, au contraire, retarder la puberté).

Le *chapitre 2 (domaine de connaissances 9)* explique les raisons pour lesquelles les enfants handicapés peuvent avoir besoin d'une prise en charge particulière.

Considérations propres à la prise en charge des enfants survivants qui s'identifient comme LGBTQI

Les travailleurs sociaux peuvent⁸⁴ :

- » Examiner leurs croyances et préjugés au sujet des personnes d'OSIEGCS diverses afin de combattre les mythes, les attitudes et les croyances néfastes les concernant en répondant aux questions suivantes :
 - Connaissez-vous des personnes d'OSIEGCS diverses ?
 - Comment les traitez-vous ?
 - Comment percevez-vous les personnes d'OSIEGCS diverses ou quels stéréotypes associez-vous à ces personnes ?
 - Que vous a-t-on appris au sujet des personnes d'OSIEGCS diverses lorsque vous étiez enfant ? Quelle en est l'influence sur vos opinions actuelles ?
- » Se renseigner sur le statut juridique des personnes d'OSIEGCS diverses dans leur contexte d'intervention et connaître les risques liés à la divulgation des violences sexuelles infligées à des enfants d'OSIEGCS diverses ;
- » Participer aux programmes de formation et aux séances de renforcement des capacités organisées par des organisations locales de personnes LGBTQI ;

⁸³ UNFPA, [Orientations opérationnelles de l'UNFPA pour l'éducation complète à la sexualité : Une approche fondée sur des données probantes](#), UNESCO, UNAIDS, UNFOA, UNICEF, UN Women & WHO, Janvier 2018.

⁸⁴ Ibid.

- » Chercher à comprendre les besoins particuliers des filles et des garçons transgenres, qui diffèrent souvent des besoins des filles et des garçons cisgenres.

Le *chapitre 2 (domaine de connaissances 8)* explique les raisons pour lesquelles les enfants d'orientation sexuelle ainsi que d'identité et d'expression de genre diverses pourraient avoir besoin d'une prise en charge particulière.

Considérations propres à la prise en charge des enfants survivants qui s'identifient comme autochtones, personnes de couleur ou membres d'une minorité ethnique

Les travailleurs sociaux peuvent⁸⁵ :

- » Reconnaître les effets de la marginalisation et de l'oppression sur les cultures et les communautés, et déterminer la manière dont ces effets peuvent influencer sur la relation avec les bénéficiaires en répondant aux questions suivantes :
 - Les enfants sont-ils traditionnellement opprimés dans votre communauté ou votre culture d'origine ? Si oui, comprenez-vous pourquoi les enfants ayant subi des violences sexuelles et les personnes n'ayant pas commis de violences qui s'occupent d'eux risquent d'estimer qu'ils ne sont pas en sécurité avec vous ou que vous n'êtes pas un allié digne de confiance ?
 - Si votre communauté ou votre culture d'origine est différente de celle de l'enfant, que vous a-t-on appris au sujet de sa race ou de son appartenance ethnique lorsque vous étiez jeune ? Quelle en est l'influence sur vos opinions actuelles de la culture ou de la communauté de l'enfant ?
 - Si vous appartenez à la même communauté ou culture que celle de l'enfant, quelles sont les conséquences de votre expérience de l'oppression et de la marginalisation sur votre travail ?
- » Comprendre l'importance particulière que la prise de décision autonome et la participation au processus de gestion de cas peuvent revêtir pour les enfants et leur famille lorsqu'ils appartiennent à des sociétés qui minimisent, limitent ou entravent de quelque manière que ce soit leur capacité à vivre conformément à leurs croyances, pratiques et modes de vie traditionnels ;
- » Déterminer les croyances, les coutumes et les pratiques thérapeutiques traditionnelles valorisantes et exemptes de stigmatisation qui pourraient être intégrées au processus de gestion de cas et aux échanges avec les enfants ayant subi des violences sexuelles.

Le *chapitre 2 (domaine de connaissance 9)* explique pourquoi les enfants qui se considèrent autochtones, de couleur ou issus d'une minorité ethnique peuvent nécessiter une prise en charge particulière.

⁸⁵ Ibid.

Reconnaître qu'il existe d'autres identités

Les travailleurs sociaux peuvent utiliser les questions de réflexion et les mesures susmentionnées pour toutes les identités qu'un enfant pourrait avoir. Les superviseurs doivent également déterminer si les enfants survivants présentent d'autres identités importantes dans le contexte, et prendre les mesures nécessaires pour combattre les attitudes préjudiciables et encourager les attitudes positives envers ces enfants. Toute personne doit mener un travail continu pour lutter contre ses propres préjugés et adopter des attitudes positives en vue de respecter le principe visant à ne pas nuire. Les travailleurs sociaux et les superviseurs doivent s'attendre à ce que ce processus d'introspection se poursuive et évolue au fil du temps.

LE RÔLE DES SUPERVISEURS DANS L'EXAMEN DES ATTITUDES ET DES PRÉJUGÉS

Il est essentiel que les superviseurs interviennent pour s'assurer que les travailleurs sociaux adoptent ou acquièrent les attitudes requises et procèdent à l'examen de leurs propres préjugés. Au minimum, les superviseurs doivent :

- » Encourager la réflexion personnelle sur les mythes et les croyances néfastes, ainsi que sur les risques connexes⁸⁶ ;
- » Promouvoir les droits des enfants ayant survécu à des violences sexuelles, notamment le droit de vivre une vie exempte de discrimination et de prendre leurs propres décisions⁸⁷ (dans la mesure du possible et en fonction de leur âge et de leur degré de maturité) ;
- » Instaurer un environnement de supervision sûr pour examiner avec les travailleurs sociaux les tabous sociaux et culturels qui entourent la sexualité et les violences sexuelles, en gardant à l'esprit que nombre d'entre eux pourraient avoir intériorisé ces tabous ;
- » Collaborer avec les travailleurs sociaux pour comprendre les inégalités de pouvoir dans le contexte culturel de l'intervention, ainsi que le pouvoir exercé par les travailleurs sociaux dans le cadre de leur relation avec les personnes prises en charge⁸⁸ ;
- » Encourager une prise en charge holistique des enfants ayant subi des violences sexuelles en cherchant activement à comprendre la manière dont différentes formes de discrimination influent sur l'expérience des violences, l'accès aux services et les interactions avec les travailleurs sociaux⁸⁹.

⁸⁶ Sawrikar, P., 'Service providers' cultural self-awareness and responsible use of racial power when working with victims/survivors of child sexual abuse: Results from a program evaluation study in Australia', Children and Youth Services Review vol. 119, December 2020.

⁸⁷ Smith, J. R. et al., « Clinical care for sexual assault survivors multimedia training: a mixed-methods study of effect on healthcare providers' attitudes, knowledge, confidence, and practice in humanitarian settings ». *Conflict and Health*, vol. 7, art. 14, 2013.

⁸⁸ Ackerly, E. et Latchford, L., « Applying an intersectional lens to sexual violence research and practice », dans Beckett, H. et Pearce, J. (dir.), *Understanding and Responding to Child Sexual Exploitation*, première édition, Routledge, 2017.

⁸⁹ Ibid.

DIRECTIVES POUR LA PRISE EN CHARGE ÉVALUATION PES DES ATTITUDES

Date :

Nom du travailleur social :

Superviseur :

OBJECTIF

Cet outil permet aux superviseurs de déterminer si les travailleurs sociaux chargés de cas de VBG ou de protection de l'enfance adoptent une attitude centrée sur l'enfant qui favorise la prestation de soins et d'un traitement appropriés et bienveillants aux enfants ayant subi des violences sexuelles.

INSTRUCTIONS GÉNÉRALES

1. Utilisez cet outil une fois que les travailleurs sociaux ont été formés au sujet des violences sexuelles infligées aux enfants et avant qu'ils ne commencent à intervenir directement auprès d'enfants. Réévaluez régulièrement les travailleurs sociaux intervenant auprès d'enfants survivants pour déterminer si leurs attitudes et croyances ont évolué.
2. Cet outil est conçu pour que les travailleurs sociaux puissent s'évaluer de manière autonome. Demandez aux travailleurs sociaux de répondre à l'évaluation PES des attitudes de façon autonome et de vous remettre les résultats une fois le travail effectué. Ne diffusez pas les notes sur l'interprétation des résultats de l'évaluation.
3. Invitez les travailleurs sociaux à répondre honnêtement aux questions.
4. Expliquez que les 14 points visent à évaluer leur ressenti et leurs croyances personnelles au sujet des enfants et des violences sexuelles. Demandez aux travailleurs sociaux d'entourer le chiffre qui indique la mesure dans laquelle ils sont d'accord ou non avec chaque affirmation.
5. Additionnez les scores entourés dans chaque colonne, puis calculez le score total correspondant aux quatre colonnes.

QUESTIONS D'ÉVALUATION

Affirmation	Score individuel			
	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
1. Les enfants ont le droit de participer à la prise des décisions qui les concernent.	4	3	2	1
2. Certaines filles, en raison de leur tenue ou de leur comportement, sont responsables des violences subies.	1	2	3	4
3. Les enfants doivent garder le silence et ne pas parler des violences sexuelles.	1	2	3	4
4. Les violences sexuelles sont toujours la faute de l'auteur de ces actes.	4	3	2	1
5. Les enfants qui ont été abusés sexuellement sont souillés et détruits.	1	2	3	4
6. Il m'incombe de tenir les adultes et les personnes qui s'occupent d'enfants pour responsables lorsqu'ils considèrent que les enfants ayant subi des violences sexuelles sont en faute.	4	3	2	1
7. Le fait de subir des violences sexuelles ne rend pas homosexuel.	4	3	2	1
8. Il peut être acceptable de culpabiliser les enfants ayant subi des violences sexuelles et de leur inspirer un sentiment honte.	1	2	3	4
9. Il m'incombe de croire les enfants qui révèlent avoir subi des violences sexuelles.	4	3	2	1
10. Les enfants font délibérément croire qu'ils ont subi des violences sexuelles.	1	2	3	4
11. Les enfants peuvent subir des violences sexuelles de la part d'un parent proche.	4	3	2	1
12. Les enfants handicapés peuvent participer à la prise de décision au sujet de leur prise en charge.	4	3	2	1

13. Il est de ma responsabilité d'avoir conscience de mes propres valeurs et convictions au sujet des violences sexuelles, et de parler à mon superviseur si je me surprends à rejeter la faute sur les enfants ou à les juger.	4	3	2	1
14. Les enfants qui subissent des violences sexuelles ne peuvent pas avoir une vie normale par la suite.	1	2	3	4
Additionnez les scores entourés dans chaque colonne, puis calculez le score total correspondant aux quatre colonnes.				
SCORE TOTAL				

ÉVALUATION DES ATTITUDES

Un score compris entre 1 et 4 est attribué à chaque réponse.

- » **De 56 à 46 points** : La personne évaluée présente des attitudes centrées sur les enfants. Ses croyances et ses valeurs sont favorables à la prise en charge d'enfants.
- » **De 45 à 35 points** : Les scores compris dans cette fourchette indiquent que la personne évaluée présente des attitudes troublantes qui pourraient nuire aux enfants. Les superviseurs doivent déterminer s'il convient d'autoriser la personne évaluée à intervenir auprès d'enfants ayant subi des violences sexuelles. Il peut également être indiqué de renforcer les capacités de la personne avant toute intervention autonome auprès d'enfants survivants.
- » **34 points et moins** : Les scores compris dans cette fourchette indiquent que la personne évaluée n'est pas prête à intervenir auprès d'enfants ayant subi des violences sexuelles. Il appartient aux responsables et superviseurs de travailler directement avec les personnes qui obtiennent un score inférieur à 34 afin de combattre leurs croyances et attitudes négatives et d'élaborer des mesures correctives.

Chapitre 4

LES COMPÉTENCES EN COMMUNICATION

PRÉSENTATION DU CHAPITRE

Ce chapitre décrit les meilleures pratiques pour communiquer avec les jeunes enfants et les adolescents ayant subi des violences sexuelles de manière à établir une relation bienveillante, réconfortante et basée sur la confiance entre les enfants survivants et les personnes qui s'en occupent. Il détaille les éléments à prendre en compte selon l'âge, le stade de développement, le genre et le handicap des enfants concernés. Enfin, ce chapitre présente des stratégies de résolution des principales difficultés de communication avec les enfants ayant subi des violences sexuelles.

Outil associé

Outil d'évaluation PES des compétences en communication

INTRODUCTION

Étant donné la nature des violences sexuelles infligées aux enfants, ces derniers et les personnes qui s'occupent d'eux seront probablement en train de traverser une crise au moment de l'intervention des travailleurs sociaux. La honte, la culpabilité et la peur de ne pas être crus ou de ce qu'il se passera une fois qu'ils auront divulgué leur expérience constituent autant d'obstacles émotionnels qui rendent difficile pour les enfants survivants et les personnes qui s'occupent d'eux de parler des violences sexuelles. Selon leur âge, certains enfants pourraient même ne pas comprendre ce qui leur est arrivé. Dès le début, les travailleurs sociaux doivent instaurer un environnement sûr, favorable et bienveillant. La communication est un élément essentiel pour établir une relation d'aide de confiance, sûre et solidaire avec l'enfant et son tuteur. Ils peuvent éprouver de la peur, de l'embarras ou de la honte face aux abus, ce qui affecte leur volonté et leur capacité à parler aux travailleurs sociaux.

Par ailleurs, comme expliqué dans le [chapitre 3](#), les données probantes indiquent que la guérison des enfants peut dépendre de la façon dont les travailleurs sociaux et les autres prestataires de services réagissent à la divulgation des violences⁹⁰. En d'autres termes, les mots et les actes des travailleurs sociaux peuvent exercer une influence positive ou négative sur le processus de guérison des enfants. Lorsque les enfants ont l'impression qu'un prestataire de services les tient pour responsables des violences sexuelles qu'ils ont subies, leurs sentiments de honte, d'anxiété et de tristesse risquent d'en être exacerbés. Ils

⁹⁰ 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*. Basic Books, 2007.

peuvent alors refuser de partager d'autres informations, même lorsqu'ils nient avoir subi des violences au cours de discussions suivantes. Lorsqu'un prestataire de services assure aux enfants survivants qu'il les croit, et fait preuve de bienveillance et de compassion, les enfants sont plus susceptibles de continuer à divulguer des informations, ce qui permettra au prestataire de services de proposer des soins et un traitement appropriés. En adoptant une approche de communication efficace et bienveillante pour une prise en charge centrée sur l'enfant, les travailleurs sociaux établissent une relation qui a l'avantage supplémentaire d'aider les enfants survivants à surmonter le traumatisme psychologique associé aux violences sexuelles. La communication joue un rôle important et essentiel dans la gestion des cas de violences sexuelles infligées à des enfants. Les travailleurs sociaux doivent donc posséder des compétences spécialisées en communication centrée sur l'enfant, principalement de manière à nouer une relation de confiance et à favoriser des échanges positifs et thérapeutiques.

MEILLEURES PRATIQUES POUR COMMUNIQUER AVEC LES ENFANTS SURVIVANTS

Communiquer efficacement permet aux travailleurs sociaux :

- » D'établir une relation bienveillante et fondée sur la compassion avec les enfants et les personnes qui s'en occupent ;
- » de transmettre des informations importantes aux enfants et aux familles d'une manière qui favorise la compréhension et l'acceptation ;
- » De recueillir avec tact des informations essentielles pouvant éclairer la prise en charge et le traitement.

Les principes et les bonnes pratiques en matière de communication détaillés ci-après peuvent aider les travailleurs sociaux et les autres prestataires de services à inspirer un sentiment de sécurité aux enfants ayant subi des violences sexuelles et aux personnes qui s'occupent d'eux. Les compétences fondamentales en communication forment une composante essentielle de l'approche PES, bien qu'il convienne d'adapter les techniques utilisées à l'âge et au stade de développement des enfants. S'il s'agit de compétences exigées de la part des travailleurs sociaux, elles peuvent aussi servir aux autres prestataires de services qui interviennent auprès d'enfants ayant subi des violences sexuelles.

L'objectif de la communication entre les travailleurs sociaux et les enfants est **d'établir une relation de confiance, sûre et réconfortante**. La relation d'aide est une relation de confiance qui permet aux enfants et aux personnes qui s'en occupent de se sentir soutenus et respectés par les travailleurs sociaux. Chaque rencontre avec les enfants survivants et leur famille est une occasion pour les prestataires de services de renforcer la relation d'aide.

Prévoyez un espace sûr, confidentiel et adapté aux enfants.

Choisissez un lieu sûr : Il est nécessaire de rencontrer les enfants survivants dans un environnement confidentiel, sûr et adapté aux enfants. Un espace adapté aux enfants peut comprendre des jouets et des supports adaptés ou une zone pour s'asseoir par terre de manière confortable. Il est possible que ni les espaces adaptés aux jeunes enfants, ni les espaces destinés aux adultes ne conviennent aux adolescents. Les travailleurs sociaux doivent proposer différents locaux dans lesquels des professionnels de la protection de l'enfance et de la lutte contre la VBG auront mis en place des activités et des espaces sûrs et inclusifs afin que les filles, les garçons et les personnes qui s'occupent d'eux puissent décider du lieu où ils se

sentent le plus à l'aise pour participer à des séances de prise en charge. Il est recommandé de rencontrer les enfants ayant subi des violences sexuelles ailleurs qu'à leur domicile. En effet, il arrive que les enfants vivent avec l'auteur des violences, et que les personnes qui s'occupent d'eux, leurs parents et les autres membres de la famille n'aient pas conscience des violences ou rejettent la faute sur les enfants survivants lorsqu'ils prennent connaissance de la situation.

Fixez des horaires de rendez-vous adaptés : Rencontrer un enfant en début de journée (ou à d'autres moments calmes) peut l'aider à se concentrer. Les locaux

de gestion des cas sont des lieux privés qui peuvent toutefois devenir bruyants en raison des activités qui s'y déroulent et des bruits du voisinage pendant les périodes de pointe. Si tel est le cas, il convient de fixer les rendez-vous avec les enfants survivants à des heures les plus calmes de la journée.

Évaluez l'espace prévu pour l'entretien : Avant d'intervenir auprès d'enfants ayant subi des violences sexuelles, tous les travailleurs sociaux doivent évaluer l'espace prévu pour les entretiens pour vérifier qu'il est adapté aux enfants.

- » Avez-vous des chaises ou des tables de petite taille ou des tapis qui permettent aux enfants de s'asseoir tel qu'il est coutume dans leur culture ?
- » Avez-vous des jouets conformes aux normes culturelles, comme des poupées, des jeux et des fournitures d'arts plastiques ?
- » Y a-t-il des moments de la journée pendant lesquels relativement peu d'adultes sont présents dans les locaux ?

Adaptez les techniques de communication à l'âge et au stade de développement des enfants :

Adaptez votre stratégie de communication pour vous exprimer clairement, simplement et de manière adaptée aux capacités de compréhension de l'enfant. Utilisez autant que possible des techniques de communication créatives, fondées sur le jeu et adaptées à l'âge des enfants. Veillez à laisser suffisamment de temps aux enfants pour poser des questions. Le [tableau 4.1](#) fournit des exemples de mesures d'adaptation en fonction de l'âge et du stade de développement.

Dix recommandations et meilleures pratiques en matière de communication

1. Prévoyez un espace sûr, confidentiel et adapté aux enfants.
2. Faites preuve de bienveillance, et apportez aux enfants du soutien et du réconfort.
3. Rassurez les enfants.
4. Aidez les enfants à se sentir en sécurité.
5. Expliquez aux enfants pourquoi vous souhaitez leur parler et ce à quoi ils peuvent s'attendre.
6. Évitez d'aggraver la détresse des enfants.
7. Assurez-vous que les enfants comprennent vos propos.
8. Prêtez attention à la communication non verbale.
9. Utilisez des techniques de communication non verbale centrées sur l'enfant.
10. Respectez les opinions, les croyances et les pensées des enfants.

Faites preuve de bienveillance, et apportez aux enfants du soutien et du réconfort.

Laissez le choix aux enfants d'être accompagnés d'un adulte de confiance : Dans la mesure possible, les enfants doivent pouvoir choisir de participer aux séances de gestion de cas en étant accompagnés d'un adulte de confiance, en particulier s'ils sont très jeunes ou risquent d'être effrayés ou nerveux en la présence d'un prestataire de services. Si le(s) parent(s) ou les personnes qui s'occupent des enfants n'ont pas commis de violences et que les enfants souhaitent qu'ils soient présents, faites-les participer aux séances de prise en charge. À l'inverse, certains enfants hésiteront à s'exprimer en présence de leurs parents, auquel cas vous devrez envisager de leur parler sans que personne d'autre ne soit présent.

Prenez garde au contact physique : Le contact physique n'est pas nécessaire pour communiquer avec bienveillance. Les jeunes enfants pourraient avoir perdu la capacité à définir des limites appropriées et se prendre rapidement d'une affection excessive pour les travailleurs sociaux ou, au contraire, répugner à être touchés.

Établissez des limites qui permettent aux enfants de se sentir en sécurité tout en évitant de leur témoigner trop d'affection physique : Discutez avec les enfants de leur vie, de leur scolarité, de leur famille et d'autres sujets généraux avant de chercher à en savoir plus sur les violences qu'ils ont subies, en utilisant autant que possible des techniques de communication non verbale (voir la section 9) s'il y a lieu. Ces sujets de conversation permettent aux prestataires de services d'évaluer la capacité des enfants à communiquer verbalement. En plus d'aider les enfants à se sentir à l'aise en présence des prestataires de services, ils fournissent aussi un moyen d'établir une relation de confiance et de mener les échanges à un rythme confortable.

Maintenez un rapport d'égalité : Asseyez-vous à la même hauteur que les enfants, afin que votre regard soit au même niveau que le leur. Évitez de vous pencher sur les enfants, de les regarder du dessus ou de vous accroupir pour les regarder du dessous. Vous manifesterez ainsi une attitude respectueuse envers les enfants, ce qui leur inspirera une plus grande confiance.

Soutenez les personnes qui s'occupent des enfants : Vous ne pouvez pas directement questionner les nourrissons et les jeunes enfants (de 0 à 5 ans) à propos des violences sexuelles qu'ils ont subies. Leurs capacités de communication verbale sont limitées et il est peu probable qu'ils donnent de quelconques informations sur les mauvais traitements reçus. Ce sont les parents ou les personnes n'ayant pas commis de violences qui s'occupent de l'enfant qui doivent être la principale source d'informations sur l'enfant et les violences présumées. Soutenir les personnes qui s'occupent des enfants survivantes bénéficiera même aux enfants plus âgés et aux adolescents. L'état émotionnel des enfants et leur capacité à communiquer varient en fonction de l'état émotionnel des personnes qui s'occupent d'eux. Apporter un soutien approprié aux personnes qui s'occupent des enfants survivants peut aider les enfants plus âgés et les adolescents à se sentir plus à l'aise dans le cadre de ces échanges difficiles.

Rassurez les enfants

Les enfants ont besoin qu'on leur assure qu'ils ne sont pas responsables de ce qu'ils ont subi. Les travailleurs sociaux doivent donc croire les enfants ayant subi des violences sexuelles, et indiquer à ces derniers qu'ils les croient.

Utilisez des phrases réconfortantes : Il est essentiel d'employer des formules telles que « je te crois » ou « ce n'est pas de ta faute » dès le début des propos et tout au long du processus de prise en charge et de traitement.

Insistez sur la responsabilité des auteurs des violences : Trouvez des occasions de communiquer aux enfants survivants qu'ils font preuve de courage en parlant des violences subies et qu'ils ne sont pas responsables de ce qu'ils ont vécu. Dites aux enfants que les violences ne sont pas leur faute.

Exemples de phrases réconfortantes :

1. « Je te crois » instaure la confiance.
2. « Je suis contente que tu m'en aies parlé » permet de nouer un lien avec l'enfant.
3. « Je suis désolé de ce qui t'est arrivé » exprime de l'empathie.
4. « Ce n'est pas de ta faute » déculpabilise l'enfant.
5. « Tu as beaucoup de courage de m'en avoir parlé et nous allons essayer de t'aider » permet de rassurer et de valoriser l'enfant.

Instaurez un environnement favorable : Rassurez les enfants au sujet de ce qu'ils pensent et ressentent et dites-leur qu'il est acceptable de ne pas savoir répondre à une question ou d'avoir des doutes. Assurez-vous qu'ils savent qu'ils peuvent poser des questions et donnez-leur l'occasion de le faire au cours de vos échanges.

Gardez à l'esprit que les normes de genre peuvent faire obstacle à la divulgation des violences et à l'accès aux services, car elles influent notamment sur la manière dont les filles et les garçons survivants nouent des relations de confiance. Il est également possible que les enfants LGBTQI aient besoin qu'on leur accorde plus de temps et qu'on leur assure régulièrement qu'ils sont en sécurité avec les travailleurs sociaux, en fonction de leur vécu et du traitement qu'ils ont reçu de la part de leur famille.

Aidez les enfants à se sentir en sécurité

Les travailleurs sociaux sont tenus de garantir la sécurité physique et émotionnelle des enfants dans le cadre des échanges, en particulier lorsqu'ils sont directement interrogés au sujet des violences sexuelles subies. Les mesures suivantes peuvent contribuer à inspirer un sentiment de sécurité aux enfants, ce qui est essentiel lorsqu'ils doivent partager des expériences personnelles et difficiles avec des travailleurs sociaux⁹¹ :

- » **Donnez la possibilité aux enfants d'être accompagnés d'un adulte de confiance** pendant les séances de gestion de cas ;
- » Si de jeunes enfants souhaitent vous voir sans que personne d'autre ne soit présent, **proposez de parler avec les personnes n'ayant pas commis de violences qui s'occupent d'eux à la suite de l'entretien** ;
- » **Si les enfants semblent ne pas faire confiance à une personne, ne les forcez pas à communiquer avec elle ou en sa présence.** Parlez en tête à tête avec les adolescents qui paraissent ne pas faire confiance à une personne et demandez-leur s'il existe des raisons de se méfier d'elle. Ayez foi en ce qu'ils vous disent ;
- » **Excluez les auteurs présumés des violences** de toute séance de gestion de cas concernant des enfants ayant subi des violences sexuelles ;
- » **Dites la vérité aux enfants, même si cela est difficile sur le plan émotionnel.** Si vous ignorez la réponse à une question, dites-leur « Je ne sais pas ». L'honnêteté et l'ouverture constituent les fondements de la confiance et aident les enfants à se sentir en sécurité ;
- » **Ne faites pas de promesses que vous ne pouvez pas tenir.** Des enfants pourraient indiquer vouloir vous confier quelque chose qu'ils souhaitent que vous gardiez secret. Une personne proche a probablement déjà trahi leur confiance. Il importe donc de leur assurer qu'ils peuvent vous faire confiance, **mais aussi de les informer que vous pourriez avoir besoin de partager certaines des informations qu'ils vous confient pour garantir leur sécurité.** Si des enfants révèlent qu'ils subissent des violences et qu'ils ne sont pas en sécurité, vous devez le signaler aux acteurs compétents et faire savoir aux enfants qu'il est impossible de préserver la confidentialité de cette information ;
- » **Demandez la permission de vous entretenir avec les enfants.** Demandez aux enfants de plus de 7 ans la permission de discuter avec eux. Utilisez le plus de questions ouvertes possible ;
- » **Évitez les questions à choix multiple et les questions fermées,** qui peuvent prêter à confusion et inciter les enfants à fournir des réponses inexactes ;

⁹¹ Cette section s'inspire largement de : CPI, Manuel de formation sur la prise en charge des survivants, UNICEF, 2010.

- » **Valorisez les enfants.** Une fois que les enfants ont décrit ce qui s'est passé ou ce qui leur est arrivé 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 faits à quelqu'un. Il peut être utile de leur donner l'occasion de proposer des idées et des solutions. Par exemple, vous pouvez demander : « Si d'autres enfants étaient dans la même situation que toi, qu'est-ce que tu leur dirais de faire ? ». S'ils ne parviennent pas à répondre, vous pouvez leur fournir du papier et des crayons pour voir s'ils souhaitent dessiner leurs idées.

Expliquez aux enfants pourquoi vous souhaitez leur parler et ce à quoi ils peuvent s'attendre.

Les travailleurs sociaux doivent systématiquement expliquer aux enfants l'objectif de l'entretien, pourquoi ils souhaitent leur parler, et ce qu'il sera attendu d'eux et des personnes qui s'occupent d'eux en utilisant un vocabulaire adapté aux enfants. La fourniture d'informations exactes et véridiques peut renforcer la capacité d'action des enfants et favoriser leur participation à la prise de décision. Par exemple, parlez aux enfants d'autres personnes (« familles », « enfants de ton âge » ou « personnes comme toi ») qui ont vécu la même expérience et expliquez que ces personnes ont pu obtenir de l'aide en se confiant à quelqu'un.

Évitez d'exacerber la détresse des enfants.

Les enfants réagissent et s'adaptent aux violences de différentes manières. Nombre d'entre eux sont visiblement bouleversés lorsqu'ils évoquent les violences qu'ils ont subies. D'autres en parlent avec un détachement émotionnel ou un calme apparent. Toutes ces réactions sont normales. Quelle que soit l'attitude des enfants, il est important que les travailleurs sociaux les accueillent avec bienveillance et se tiennent prêts à aider ceux qui commencent à se sentir submergés par leurs émotions au cours d'une séance. Les travailleurs sociaux doivent :

- » **S'assurer d'avoir établi une relation solide** avec les enfants avant de les interroger au sujet des violences subies ;
- » **Collecter les informations sensibles** auprès des personnes qui s'occupent des enfants ou d'autres prestataires de services pour éviter que les enfants n'aient à raconter leur histoire plusieurs fois ;
- » **Écourter les séances en fonction de l'âge et du stade de développement de l'enfant.** Tous les enfants auront probablement besoin de temps de pause, d'une réduction de la durée des évaluations ou d'une combinaison de ces mesures pendant qu'ils parleront des violences subies. Cependant, les jeunes enfants ont une capacité de concentration limitée qui ne leur permet pas de rester concentrés sur un sujet donné plus d'un certain temps. Les travailleurs sociaux peuvent alors utiliser des jeux et laisser l'initiative aux jeunes enfants à mesure qu'ils changent de sujet et d'idée, plutôt que de les forcer à ne pas s'écarter du sujet ;
- » **Adaptez le ton et le rythme des échanges.** Il est important de s'adresser aux enfants et aux adolescents survivants d'un ton calme et réconfortant, et avec lenteur :
 - ralentir le rythme et parler calmement aidera les jeunes enfants à contribuer à la conversation. Ces enfants éprouvent des émotions nouvelles qu'ils ne comprendront pas totalement à leur stade de développement. Subir des violences sexuelles à un jeune âge augmente le risque que les enfants vivent des émotions intenses qui leur étaient précédemment inconnues et qu'ils ne comprennent pas entièrement. Aider les jeunes enfants à comprendre ce qu'ils ressentent dans le cadre de la gestion de cas peut grandement contribuer à leur guérison⁹².

⁹² Kolucki, B. et Lemish, D., [Communicating with Children. Principles and Practices to Nurture, Inspire, Excite, Educate and Heal](#). UNICEF, novembre 2011.

- Les enfants plus âgés et les adolescents bénéficieront d'une communication qui reflète la profondeur de leur vécu et de leurs émotions. À mesure qu'ils entrent dans l'adolescence, les enfants éprouvent des émotions plus complexes et développent leur capacité à réfléchir sur leur vécu et les émotions qui en découlent. Les travailleurs sociaux doivent tenir compte de cette évolution dans leur stratégie de communication.

Prêtez attention à toute interaction qui pourrait causer de l'anxiété ou de la détresse supplémentaire aux enfants. Évitez d'exprimer de la frustration ou de la colère envers les enfants, de les pousser ou de les forcer à répondre à une question ou à parler des violences sexuelles s'ils ne sont pas prêts à le faire, ainsi que de les obliger à répéter leur histoire à de multiples reprises à différentes personnes.

Assurez-vous que les enfants comprennent vos propos.

Faites tout votre possible pour utiliser une stratégie de communication adaptée à l'âge et au stade de développement des enfants. Le tableau 4.1 contient des exemples de la manière d'expliquer le processus de gestion de cas aux enfants en fonction de leur âge et de leur stade de développement.

Tableau 4.1 : Expliquer le processus de gestion de cas aux enfants

Tranche d'âge	Adaptation de la stratégie de communication	Exemple
De 0 à 3 ans	Fournissez les informations directement aux personnes qui s'occupent des enfants. Communiquez avec les enfants de plus de 18 mois de manière à les informer étape par étape du déroulement du processus de prise en charge.	Aux personnes qui s'occupent des enfants : « Je suis un travailleur social employé par [nom de l'organisation]. J'interviens auprès des enfants et des personnes qui s'occupent d'eux pour les aider à répondre à leurs besoins. Aujourd'hui, si vous êtes d'accord, nous parlerons de ce qui est arrivé à votre enfant et de ce que vous pensez être la meilleure façon de l'aider. Avez-vous des questions à me poser ? » Aux enfants (âgés de plus de 18 mois) : « Ta mère et moi allons discuter pendant un petit moment. Que dirais-tu de jouer avec ce jouet ou celui-ci pendant que nous parlons ? »
De 3 à 5 ans	Exprimez-vous en des termes simples et concrets, et utilisez un ton réconfortant.	« Mon travail est d'écouter les enfants et de les aider du mieux possible. »
De 6 à 9 ans	Parlez simplement et donnez des explications qui laissent la possibilité aux enfants de poser des questions.	« Je suis quelqu'un qui écoute les enfants et qui fait de son mieux pour les aider. J'ai aidé beaucoup d'enfants qui ont vécu la même chose que toi. Nous pouvons réfléchir ensemble à la façon d'améliorer certaines des choses qui t'inquiètent. »

10 à 14 ans	Posez des questions et demandez leur avis aux enfants pour montrer que vous respectez leurs idées.	« Je suis un travailleur social employé par [nom de l'organisation]. J'interviens auprès d'enfants pour les aider à se sentir en sécurité. Aujourd'hui, nous allons parler de ce qui s'est passé et de ce dont tu penses avoir besoin pour te sentir en sécurité. As-tu des questions à me poser à ce stade ? »
10 à 14 ans	Posez des questions et demandez leur avis aux enfants pour montrer que vous respectez leurs idées.	« Je suis un travailleur social employé par [nom de l'organisation]. J'interviens auprès d'enfants pour les aider à se sentir en sécurité. Aujourd'hui, nous allons parler de ce qui s'est passé et de ce dont tu penses avoir besoin pour te sentir en sécurité. As-tu des questions à me poser à ce stade ? »
De 15 à 17 ans	Parlez avec respect et proposez différentes options ou possibilités.	« Je suis un travailleur social employé par [nom de l'organisation]. J'interviens auprès d'enfants et de personnes de ton âge pour les aider à répondre à leurs besoins. Aujourd'hui, si tu es d'accord, nous allons parler de ce qui t'est arrivé et de ce que tu penses être la meilleure façon de t'aider. Avez-vous des questions à me poser ? »

- » **Les jeunes enfants** sont le plus réceptifs lorsqu'on s'adresse à eux en utilisant un vocabulaire simple pendant une durée limitée. C'est en atteignant l'âge de 3 à 5 ans qu'ils répondront davantage aux questions et voudront y réagir.
- Ayez conscience de ce que les enfants peuvent comprendre. Leurs facultés de compréhension sont déjà importantes à l'âge de 12 mois. Il est donc essentiel de leur expliquer les principaux aspects des événements, même s'ils n'ont pas encore la capacité de vous répondre.
 - Utilisez des jeux faisant appel à l'imagination, des chansons et la répétition pour interagir avec les jeunes enfants. Posez-leur des questions entre les différentes activités et discutez de ce qui leur est arrivé.
 - Gardez à l'esprit qu'il existe d'autres moyens pour les jeunes enfants de communiquer au sujet des violences, tels que le dessin ou l'utilisation d'une poupée qui les représente.
 - Choisissez les bons mots. Les enfants, en particulier lorsqu'ils ont moins de 6 ans, prennent ce qu'on leur dit au pied de la lettre. Il importe donc que les prestataires de services s'expriment de manière concrète. Par exemple, un enfant pourrait répondre « non » à la question « Est-ce qu'il t'a emmené dans sa voiture ? » si le véhicule était en réalité un camion.
 - Clarifiez le sens des mots et des expressions. Les jeunes enfants peuvent utiliser le même mot ou la même expression pour désigner différentes parties du corps ou divers actes sexuels. Les prestataires de services doivent donc prendre le temps de clarifier le sens des mots et des expressions employés par les enfants afin de s'assurer qu'ils les ont bien compris.

» **Enfants plus âgés :** Les enfants âgés de 6 à 9 ans peuvent entretenir des conversations plus longues et rester concentrés plus longtemps.

- Utilisez un vocabulaire et des explications clairs et simples, posez des questions directes et laissez le temps aux enfants de réfléchir avant de répondre.
- N'orientez pas les réponses des enfants. Par exemple, ne dites pas : « Est-ce qu'il a mis ses mains sur ta poitrine ? ». Si vous vous servez de poupées pour aider les enfants à communiquer ce qui leur est arrivé, ne désignez pas la poitrine des poupées en demandant : « Est-ce qu'il t'a touchée ici ? ». Demandez plutôt aux enfants de vous montrer où est-ce qu'ils ont été touchés. Voici quelques exemples de questions et de déclarations utiles : « Est-ce que quelqu'un t'a déjà touché d'une façon qui te perturbe ou te fait peur ? », « Explique-moi comment tu as été touché », « Raconte-moi ce qui s'est passé ensuite », « Utilise tes propres mots ; il n'y a aucun problème à parler lentement ».

» **Préadolescents :** Les préadolescents (âgés de 10 à 14 ans), quand bien même ils n'auraient pas subi de violences, traversent une période d'importants changements émotionnels, physiques et cognitifs. L'expérience de ces changements est d'autant plus intense lorsqu'ils sont victimes de violences sexuelles. En outre, les normes culturelles ont des répercussions considérables sur l'expérience de l'adolescence. Dans les cultures caractérisées par l'individualisme et la recherche de l'indépendance, les adolescents exploreront leur identité et les limites de leur famille pour devenir autonomes. Les adolescents dont la culture considère la puberté comme un pont vers l'âge adulte peuvent avoir à travailler ou à subvenir autrement aux besoins de leur famille, ce qui leur laisse peu de temps pour l'amitié. Il convient de parler à ces enfants en tenant compte non seulement des changements transformateurs qu'ils vivent, mais aussi de la conception de l'adolescence dans leur culture.

- Demandez aux jeunes adolescents d'exprimer leur avis, leurs souhaits et leurs besoins au fil du processus de gestion de cas.
- Tenez compte de leurs besoins et de ce qu'ils pensent des services qui leur sont proposés pour agir en conséquence.
- Gardez à l'esprit que les enfants de cette tranche d'âge pourraient déjà assumer d'importantes responsabilités et vivre comme des adultes, au-delà de leur expérience des violences sexuelles.

Adolescentes mariées

Le plus souvent, les filles mariées et les filles qui sont mères ne dépendent pas de leurs parents ou des personnes qui s'occupent d'elles, ou ne reçoivent aucune aide de leur part. Il convient donc d'adapter la stratégie de communication à leurs expériences, aux décisions qu'elles prennent, aux responsabilités qui sont déjà les leurs et au fait qu'elles sont généralement traitées comme des « adultes » par les membres de la communauté.

La stratégie de communication doit intégrer une approche centrée sur la personne survivante qui accorde une importance accrue aux opinions et aux décisions des filles lorsqu'il est question de servir leur intérêt supérieur. Le *chapitre 5* contient des informations plus détaillées sur les filles mariées et le processus de prise de décision.

- » **Adolescents plus âgés** : Entre 15 à 19 ans, les enfants développent de meilleures capacités cognitives en matière de raisonnement et deviennent plus à même d'analyser des problèmes complexes. Il importe de garder à l'esprit que les adolescentes survivantes de cette tranche d'âge pourraient déjà être mariées, avoir des enfants ou avoir subi des violences au sein du couple ou d'autres formes de VBG.
 - Communiquer avec les adolescents plus âgés comme s'il s'agissait d'adultes peut aider les travailleurs sociaux à leur témoigner du respect et à gagner leur confiance.
 - Si vous intervenez auprès d'adolescentes survivantes non mariées, l'opinion et les décisions des personnes n'ayant pas commis de violences qui s'occupent d'elles doivent également être prises en compte. Utilisez des méthodes de communication qui soulignent l'importance des opinions et des priorités des adolescentes survivantes ainsi que des personnes n'ayant pas commis de violences qui s'occupent d'elles.
 - Si vous prenez en charge des garçons adolescents, montrez que vous comprenez et acceptez qui ils sont et leur vécu. Prenez acte de toute réticence et des angoisses concernant la manière dont ils seront perçus par la communauté.
 - D'un point de vue culturel, la situation matrimoniale des adolescents peut influencer la mesure dans laquelle les personnes qui s'occupent d'eux participent à la prise de décision.

- » **Enfants handicapés** : Intervenir auprès d'enfants handicapés nécessite parfois d'employer des méthodes de communication adaptées pour s'assurer qu'ils comprennent. Cependant, ne présumez pas des compétences, des capacités cognitives et des besoins des enfants handicapés survivants (le [chapitre 2](#) contient plus d'informations sur la prise en charge des enfants atteints de différents types de handicap). Demandez des conseils sur la meilleure façon de communiquer avec eux⁹³.
 - Si les enfants sont en bas âge, vous pouvez leur poser ces questions ainsi qu'aux personnes n'ayant pas commis de violences qui s'occupent d'eux.
 - Interrogez directement les enfants handicapés plus âgés et suivez leurs indications sur la façon dont ils souhaitent qu'on s'adresse à eux et les méthodes de communication à employer.
 - Les enfants malentendants peuvent utiliser la langue des signes, écrire, lire sur les lèvres ou combiner ces différentes méthodes en fonction de leur déficience et de leur capacité à lire et à écrire⁹⁴.
 - Les enfants présentant une déficience intellectuelle (qu'elle soit causée par des troubles mentaux ou cognitifs) peuvent apprendre et comprendre de nouvelles choses si l'on procède aux adaptations nécessaires. Exprimez-vous avec des phrases courtes et claires, de la même manière que vous le feriez avec de jeunes enfants. Prévoyez davantage de temps pour que ces enfants puissent poser des questions, demander des clarifications ou donner leur réponse. Aidez-vous de poupées, d'images ou de matériel de dessin pour vous faire comprendre et comprendre les enfants. Faites de votre mieux pour organiser les séances dans des endroits calmes afin de minimiser les perturbations extérieures⁹⁵, car les enfants atteints d'une déficience intellectuelle peuvent avoir encore plus de mal que les autres à rester concentrés en cas de distractions. Soyez prêts à faire appel à des personnes de soutien qui ne s'occupent pas des enfants, telles que des interprètes de la langue des signes. Si vous faites appel à des interprètes, appliquez les bonnes pratiques en la matière, qui consistent à maintenir votre attention sur les enfants et à leur adresser directement vos questions et commentaires, plutôt qu'aux interprètes.

⁹³ Women's Refugee Commission et International Rescue Committee, « [Tool 6: Guidance on communicating with persons with disabilities](#) », dans *Building Capacity for Disability Inclusion in Gender-Based Violence Programming in Humanitarian Settings, A Toolkit for GBV Practitioners*, juin 2015.

⁹⁴ Ibid.

⁹⁵ Ibid.

- Lorsque vous communiquez avec des enfants survivants atteints d'un handicap physique, évitez de présumer de leur niveau d'intelligence ou de leurs capacités cognitives sur la base de leur handicap physique. Les enfants présentant un handicap physique se rendent souvent compte que la personne qui s'adresse à eux parle avec une lenteur excessive ou prend d'autres précautions qui indiquent qu'elle doute de leur intelligence, bien qu'ils n'aient aucune déficience cognitive.

Prêtez attention à la communication non verbale

Il importe de prêter attention à la communication non verbale des enfants et à la vôtre lors de toute interaction. Les enfants peuvent manifester leur angoisse en criant, en tremblant, en cachant leur visage ou encore en changeant de posture. Les jeunes enfants sont particulièrement susceptibles de pleurer, de trembler, de se frapper ou d'utiliser d'autres formes de communication non verbale s'ils sont bouleversés, submergés d'émotions ou perturbés. Ces enfants communiquent de façon non verbale en fonction de leur capacité limitée à s'exprimer à l'oral.

- » Prêtez attention aux petits signes subtils que manifestent les enfants de tous âges, Ils peuvent notamment avoir du mal à rester en place, se tortiller les mains, taper des pieds ou des jambes, ou se balancer sur leur siège. Il arrive également que des enfants détournent le regard vers d'autres parties de la pièce ou regardent leurs mains. Ils peuvent aussi faire durer les temps de pause pour éviter de répondre ;
- » Prêtez attention à votre propre communication non verbale. Les enfants risquent d'interpréter de façon négative votre communication non verbale si vous vous comportez de manière tendue ou que vous semblez vous désintéresser de leur récit, ce qui peut compromettre leur confiance et leur disposition à parler.

Utilisez des techniques de communication non verbale centrées sur l'enfant

Les arts plastiques, le dessin, les poupées et d'autres supports peuvent aider les enfants à se sentir à l'aise et en sécurité pour communiquer. Les techniques de communication non verbale centrées sur l'enfant peuvent bénéficier aux enfants victimes de violences sexuelles en facilitant le partage d'informations tout au long de leur prise en charge et de leur traitement. Elles présentent de nombreux avantages :

- » Les enfants peuvent se sentir plus à l'aise en utilisant des techniques de communication non verbale qu'en restant assis à parler ;
- » Dessiner ou raconter des histoires peut permettre aux enfants d'exprimer plus facilement leurs émotions, en particulier s'ils sont jeunes ou s'ils n'ont pas l'habitude de communiquer ce qu'ils ressentent ou de répondre à des questions ;
- » Les enfants exprimeront leurs émotions, leurs pensées, leurs idées et leurs expériences non seulement durant, mais aussi après les activités de communication non verbale.

Avoir accès à des prestataires de services qui proposent différents moyens d'échanger des informations peut bénéficier aux enfants de tous âges. Les arts plastiques ou d'autres supports peuvent s'avérer particulièrement utiles pour communiquer avec de jeunes enfants et/ou avec des enfants qui ne répondent pas aux sollicitations verbales. Les travailleurs sociaux formés à cet effet peuvent utiliser des techniques de communication non verbale directives ou non directives.

Les techniques non directives : Ces stratégies consistent à encourager les enfants à utiliser les supports mis à leur disposition, sans leur fournir d'instructions explicites. Elles peuvent aider les enfants à se sentir à l'aise et contribuent à rendre la conversation moins menaçante. En voici quelques exemples :

- » Utilisez des techniques non directives en début de séance pour permettre aux enfants de se détendre et de s'investir dans une activité ludique et créative sans qu'on leur dise quoi faire ;
- » Invitez les enfants à dessiner ou à raconter une histoire, sans leur indiquer précisément ce qu'ils doivent dessiner ou dire. Le dessin et le jeu constituent de bons moyens d'aborder ce que les enfants pensent et ressentent. Il importe cependant que les travailleurs sociaux ne fassent aucune hypothèse ou déduction fondée uniquement sur les dessins d'un enfant, au risque de tirer des conclusions erronées. Par exemple, un travailleur social pourrait croire que les couleurs foncées d'un dessin traduisent des émotions négatives, alors que l'enfant leur associe en réalité un sentiment de sécurité ou n'avait simplement pas de crayons d'autres couleurs à proximité. Il est important que les travailleurs sociaux posent des questions ouvertes et vérifient que les enfants les comprennent ;
- » Prévoyez des poupées, des marionnettes ou des jouets simples. Proposer ces jouets au cours des séances constitue une stratégie simple pour commencer à interagir avec les jeunes enfants et établir une relation de confiance. Il convient alors de laisser les enfants décider de la façon dont ils veulent utiliser ces objets et de suivre leur exemple au cours du jeu.

Les techniques directives : Elles consistent, par exemple, à demander aux enfants de participer à une activité artistique ou créative donnée. Elles peuvent s'avérer utiles pour obtenir des informations sur certains aspects de la vie des enfants. En voici quelques exemples :

- » Demander aux enfants de dessiner leur famille (c'est-à-dire les personnes qui vivent avec eux). Cette activité constitue un moyen efficace de déterminer qui vit avec les enfants. Une fois le dessin terminé, les travailleurs sociaux peuvent continuer à interroger les enfants sur leur famille en leur demandant notamment : de qui ils sont le plus proches ; de qui ils ont peur ; avec qui ils s'entendent bien ; et ce que les membres de leur famille font pendant la journée ;
- » Proposer aux enfants de dessiner leurs activités quotidiennes. Cette activité constitue un bon moyen de comprendre à quoi ressemblent les journées des enfants. Par exemple, vont-ils à l'école ? Avec qui passent-ils du temps ? Décrivent-ils des amis ou des activités en particulier ?
- » Demander aux enfants de dessiner leur cercle de sécurité. Les enfants doivent dessiner un cercle, à l'intérieur duquel ils représentent les choses ou les personnes qui leur procurent un sentiment de sécurité. C'est une excellente approche pour comprendre les inquiétudes qu'un enfant peut avoir quant à sa sécurité. Les travailleurs sociaux peuvent aller plus loin en demandant aux enfants de dessiner à l'extérieur du cercle ce qui leur fait peur (le cercle symbolisant la frontière entre la sécurité et l'insécurité). Ils peuvent ainsi obtenir des informations supplémentaires sur les choses et les personnes que les enfants associent à leur sécurité ou perçoivent comme des risques ;
- » Utiliser des supports ou des objets pour trouver un langage commun. Les poupées et le dessin peuvent servir à définir des termes communs pour désigner différentes parties du corps avec les enfants de 4 ans ou plus. Des études démontrent que les enfants utilisent toutes sortes de termes différents pour désigner les parties intimes⁹⁶ et que de nombreux jeunes enfants ne savent pas quelles parties du corps sont considérées comme intimes⁹⁷.

⁹⁶ Cheung, K. F. M., Stevenson, K. M. et Leung, P., « Competency-Based Evaluation of Case-Management Skills in Child Sexual Abuse Intervention », *Child Welfare*, vol. 70, n° 4, p. 425-435, 1991.

⁹⁷ Ibid.

Les jeunes enfants tendent à utiliser des mots plus variés que les enfants plus âgés pour parler des parties du corps et des actes sexuels. Dans ce cas, l'utilisation des poupées permet d'attribuer un sens commun au vocabulaire que les enfants emploient pour désigner telle ou telle partie du corps.

Cette technique peut servir dans le cadre des évaluations qui servent aux travailleurs sociaux à collecter des informations de base sur ce qui est arrivé aux enfants. Respectez les opinions, les croyances et les pensées des enfants.

Les enfants sont en droit d'exprimer leurs opinions, leurs croyances et leurs pensées au sujet de ce qui leur est arrivé ainsi que des décisions qui les concernent. Les travailleurs sociaux doivent indiquer aux enfants qu'ils ont le droit de partager (ou de ne pas partager) leurs pensées et opinions.

Pour établir une relation avec les enfants, il importe de comprendre leurs idées et opinions sur ce qui leur est arrivé, les violences sexuelles subies et les répercussions de ces dernières, ainsi que la façon dont cette expérience les a touchés. En fonction de leur âge, de leur genre, de leur niveau de maturité et d'autres aspects de leur identité, les enfants peuvent aussi avoir besoin de réfléchir à leurs croyances et à leurs idées concernant :

- » Les violences sexuelles et les personnes survivantes de violences sexuelles ;
- » Les auteurs de violences sexuelles et la ou les personne(s) ayant commis ces actes sur eux ;
- » Qui ils sont et leur expérience des violences, en particulier la façon dont ces violences ont influencé leur identité et la perception qu'ils ont d'eux-mêmes ;
- » Leurs croyances culturelles et/ou religieuses au sujet des violences sexuelles et des personnes survivantes ;
- » La façon dont ils appliquent leurs croyances culturelles et/ou religieuses dans leur propre vie, ainsi que les éventuels conflits, tensions ou souffrances découlant de ces croyances en ce qui concerne leur expérience en tant que personne survivante ;
- » Les croyances et opinions d'autrui à propos des personnes survivantes et des violences sexuelles, notamment :
 - avec quelles idées ils sont d'accord ; avec quelles idées ils ne sont pas d'accord.
 - la façon dont les croyances et opinions d'autrui influencent leurs relations ;
- » Les croyances et opinions d'autrui (en particulier des personnes qui s'occupent d'eux) à leur sujet en tant que survivants des violences sexuelles, notamment :
 - la façon dont leurs relations avec d'autres personnes dépendent des croyances et opinions de celles-ci.
 - si les croyances et opinions d'autrui les exposent au risque de subir de nouvelles violences ;
- » ce dont ils ont besoin et les mesures qu'ils considèrent comme leur étant les plus utiles.

Il importe de fournir aux enfants ce qui pourrait être leur seule occasion de partager leurs pensées avec une personne bienveillante et de confiance. Il est ici question de conversations difficiles que les travailleurs sociaux devront adapter au degré de maturité et au stade de développement des enfants tout en gérant l'intensité des tensions et des émotions qu'elles pourraient susciter. Le [chapitre 5](#) fournit des orientations plus détaillées sur l'évaluation du degré de maturité des enfants et les modifications à apporter à mesure que leurs capacités évoluent.

RÉSoudre LES PROBLÈMES DE COMMUNICATION COURANTS

Enfants submergés par les émotions

Il arrive que les enfants survivants ne comprennent pas totalement les violences qu'ils ont subies en fonction de leur âge, de leur degré de maturité, ainsi que de leurs connaissances sur le sexe et la sexualité, et des croyances et tabous culturels connexes. Il est également possible qu'ils comprennent ce qui leur est arrivé dans une certaine mesure, mais qu'ils souscrivent à des mythes néfastes au sujet des violences sexuelles. Enfin, ils peuvent entretenir certaines idées sur la manière dont les autres personnes réagiront à la divulgation des violences et les traiteront par la suite. Les enfants risquent d'être submergés par la peur lorsqu'ils parlent des violences qu'ils ont subies⁹⁸. Les travailleurs sociaux doivent cesser d'interroger les enfants qui se montrent angoissés. Lorsqu'un enfant manifeste des signes de détresse, il convient d'agir comme suit :

- » Si l'entretien se déroule en tête à tête, assurez à l'enfant qu'il est normal de ressentir de l'angoisse en pensant à ces événements et en les relatant. Utilisez des phrases réconfortantes pour indiquer que vous appréciez le courage et la volonté de l'enfant de partager ses émotions ainsi que la confiance qu'il a en vous. Proposez ensuite d'aller chercher un parent ou une personne de confiance qui s'occupe de l'enfant, ou encore une autre personne de soutien ;
- » Aidez l'enfant (et les personnes qui s'en occupent) à surmonter son angoisse, et proposez des soins de santé mentale et un soutien psychosocial (voir le [chapitre 6](#)) pour qu'il puisse retrouver son calme ;
- » Mettez fin à la séance une fois que l'enfant aura retrouvé son calme. Vérifiez que l'enfant se sent en sécurité pour partir. Faites-lui savoir qu'il a fait preuve de courage en partageant son histoire et qu'il est normal de ressentir des émotions aussi fortes. Encouragez l'enfant et les personnes qui s'en occupent à adopter certaines des pratiques de relaxation utilisées ;
- » Planifiez une autre rencontre avec l'enfant et/ou les personnes qui s'en occupent. (Il convient de noter que les séances de suivi avec les enfants qui manifestent des signes de détresse ne sont pas considérées comme des entretiens « multiples ».)

Enfants qui refusent de communiquer

Il est normal et courant que certains enfants ne veuillent pas discuter des violences qu'ils ont subies. Conformément aux principes en matière de communication, les enfants qui refusent de parler ne doivent pas y être contraints. Les travailleurs sociaux doivent créer un environnement dans lequel les enfants se sentent suffisamment à l'aise pour divulguer des informations sur les violences. Ils doivent par ailleurs échanger avec les adultes auxquels les enfants font confiance pour déterminer s'il existe des problèmes médicaux ou de sécurité urgents à résoudre. Enfin, les travailleurs sociaux doivent intervenir auprès des autres adultes présents dans la vie des enfants pour leur expliquer comment recueillir des informations qui pourraient aider à appréhender la situation.

Les travailleurs sociaux doivent chercher à comprendre les raisons pour lesquelles les enfants refusent de parler. En voici quelques exemples :

- » Y a-t-il une personne dans la pièce en présence de laquelle l'enfant semble réticent à parler ?
- » L'enfant s'arrête-t-il de parler lorsqu'il se retrouve seul avec le travailleur social, ce qui signifierait qu'il a peur de s'exprimer en l'absence d'un autre adulte de confiance ?

⁹⁸ Les orientations fournies dans le [chapitre 7](#) indiquent que les entretiens multiples causent des préjudices supplémentaires aux enfants.

- » L'enfant garde-t-il le silence parce qu'il se trouve dans un environnement qui n'est pas sûr ou privé, ou parce qu'il ne fait pas encore confiance au travailleur social ? Les travailleurs sociaux ne sont pas responsables du fait qu'un enfant refuse d'établir une relation de confiance avec eux. Il faut alors trouver d'autres façons d'aider les enfants, par exemple en les orientant vers d'autres personnes ou services, ou en discutant avec des membres de leur famille.

Les enfants peuvent refuser de parler des violences sexuelles pour de nombreuses autres raisons, dont la peur des conséquences (telle que la peur de se voir mariée de force à l'auteur des violences) et la honte. Il incombe aux travailleurs sociaux de combattre ces peurs de manière proactive en donnant aux enfants survivants l'assurance qu'ils recevront l'aide dont ils ont besoin. Lorsque des enfants refusent catégoriquement de parler des violences subies, les informations nécessaires à leur prise en charge peuvent souvent être recueillies auprès des personnes qui s'occupent d'eux.

Certains enfants ne sont pas à l'aise avec tel ou tel travailleur social simplement en raison de son sexe, de son âge ou d'un autre facteur. Il convient alors de demander à une autre personne de l'organisation de prendre en charge ces enfants.

Le plus important est que les travailleurs sociaux n'ont pas besoin d'obtenir des informations sur les violences subies par les enfants dans l'immédiat. Fournir un soutien psychosocial continu aux enfants et aux personnes qui s'occupent d'eux est un autre moyen d'aider les enfants survivants et de gagner progressivement leur confiance.

Les enfants, la mémoire et les émotions

- » Subir des violences peut compromettre la capacité des enfants à se rappeler des événements et à fournir des informations au cours des entretiens.
- » Parfois, les enfants ne s'associent pas émotionnellement à leur récit comme le feraient des adultes.
- » Certains ne manifestent aucune réaction émotionnelle, tandis que d'autres imitent celles de leur interlocuteur.

Il importe donc que les prestataires de services restent calmes, gardent le contrôle d'eux-mêmes et se montrent rassurants.

Enfants qui ne reconnaissent pas avoir subi des violences sexuelles

La plupart des enfants ayant subi des violences sexuelles, particulièrement lorsqu'ils sont en bas âge, sont pris en charge à la demande d'une autre personne. Parfois, des adultes qui suspectent que des violences sexuelles ont été commises ou qui en ont été témoins les signalent à des travailleurs sociaux sans la permission des enfants ou sans informer ces derniers. Il arrive également qu'au cours d'une séance ultérieure, les enfants nient les violences qu'ils avaient initialement divulguées.

Lorsque les violences sexuelles sont divulguées par des tiers, les enfants commencent généralement par nier les événements. Les enfants risquent également de revenir sur leurs déclarations si les personnes qui s'occupent d'eux ou d'autres adultes de confiance leur disent de ne pas en parler, ou s'ils constatent que la divulgation des violences a provoqué une grande détresse chez les personnes qui s'occupent d'eux. Enfin, les enfants peuvent avoir peur des conséquences en cas de divulgation des violences s'ils sont menacés par l'auteur de ces actes.

Dans certains cas, des parents peuvent s'inquiéter d'une attirance sexuelle entre adolescents, cependant normale pour leur âge. Bien que contrariante pour les parents, une telle attirance n'est pas nécessairement une forme de violences sexuelles.

Quelle que soit la situation, le rôle des travailleurs sociaux n'est pas de déterminer si des violences ont eu lieu, mais d'établir une relation qui permet aux enfants d'être suffisamment à l'aise pour divulguer d'éventuelles violences.

Lorsque des enfants nient avoir subi des violences sexuelles, les travailleurs sociaux doivent adopter les stratégies suivantes :

Faites preuve de neutralité : Ne confirmez et n'infirmez pas les déclarations des enfants. Informez les enfants que vous n'êtes pas là pour les juger, mais pour les écouter, les comprendre et les aider.

Établissez davantage de faits : Entretenez-vous séparément avec les enfants et les personnes qui les ont adressés. Posez des questions qui permettent d'obtenir un aperçu plus général de la situation : Quel âge ont l'enfant et l'auteur présumé des violences ? Quelle est leur relation ? Quelle est la relation entre l'enfant et la personne qui a signalé le cas ?

Faites preuve de patience : La honte ou la stigmatisation associée aux violences sexuelles peut naturellement limiter la volonté ou la capacité des enfants à en parler. Ne contraignez pas les enfants à parler des violences sexuelles. En tant que travailleurs sociaux, vous devez vous adapter à leur capacité effective à partager des informations et à communiquer.

Continuez à soutenir les enfants : vous pouvez continuer à soutenir les enfants en fournissant des soins de santé mentale et un soutien psychosocial ainsi qu'en travaillant avec les personnes qui s'occupent d'eux pour qu'elles leur apportent du réconfort.

DIRECTIVES POUR LA PRISE EN CHARGE ÉVALUATION PES DES COMPÉTENCES EN COMMUNICATION

OBJECTIF

Cet outil permet aux superviseurs de déterminer si les travailleurs sociaux spécialisés dans la lutte contre la VBG ou la protection de l'enfance disposent des compétences en communication requises pour intervenir auprès d'enfants ayant subi des violences sexuelles.

INSTRUCTIONS GÉNÉRALES

- Utilisez l'outil PES d'évaluation des compétences en communication dans le cadre d'une discussion avec les travailleurs sociaux dans un lieu calme et privé.
- Indiquez aux travailleurs sociaux que cet outil sert à déterminer les domaines dans lesquels ils ont besoin de renforcer leurs capacités, et qu'il n'est pas question d'évaluer leurs performances. Expliquez aux travailleurs sociaux qu'ils recevront un score indiquant s'ils satisfont aux exigences générales en matière de compétences en communication.
- Demandez aux travailleurs sociaux d'expliquer ou de décrire les 15 concepts inclus dans l'outil. Comparez leurs réponses au contenu de la colonne « Critères » et notez-les selon l'échelle suivante :
 - Niveau atteint (2 points)** : La personne évaluée fournit une réponse correcte et exhaustive.
 - Niveau partiellement atteint (1 point)** : La personne évaluée fournit au moins 50 % des éléments de réponse attendus.
 - Niveau non atteint (0 point)** : La personne évaluée n'est pas en mesure de répondre à la question.
- Une fois l'évaluation terminée, calculez le score total, discutez-en avec le travailleur social et, le cas échéant, évoquez les mesures de renforcement des capacités à prendre.

QUESTIONS D'ÉVALUATION

Compétences de communication et d'engagement des enfants	Remarques	Niveau atteint (2 points)	Niveau partiellement atteint (1 point)	Niveau non atteint (0 point)
1. Donnez des exemples de phrases réconfortantes que les prestataires de services doivent dire aux enfants survivants tout au long du processus de prise en charge.	La personne évaluée doit citer au moins quatre des phrases ci-dessous, dont les réponses n° 1 et 2, pour obtenir le score maximum : <ol style="list-style-type: none"> Je te crois. Ce n'est pas de ta faute. Je suis très contente que tu me l'aies dit. Je suis désolé de ce qui t'est arrivé. Tu as beaucoup de courage de m'en avoir parlé et je vais essayer de t'aider. Autre phrase réconfortante adaptée aux normes culturelles. 			

<p>2. Quelle est la bonne façon d'amorcer les séances d'admission et d'évaluation avec des enfants ?</p>	<p>La personne évaluée doit au minimum préciser qu'il est important de commencer par des questions générales et d'instaurer la confiance avant de poser des questions relatives aux violences.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Accueillir les enfants de manière chaleureuse. 2. Commencer par des questions générales. 3. Demander aux enfants s'ils savent pourquoi ils doivent parler avec vous. 4. Informer les enfants de leurs droits (refuser de répondre à une question, mettre un terme à l'entretien à tout moment, etc.). 5. Proposer aux enfants un jouet ou un objet à tenir (si possible). 6. Prononcer des phrases encourageantes au fil de la séance. 			
<p>3. Décrivez comment utiliser le langage corporel (tel que le contact visuel ou la posture) pour aider les enfants à se sentir à l'aise et en sécurité.</p>	<p>La personne évaluée doit citer quatre moyens adaptés d'utiliser le langage corporel pour obtenir le score maximum :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. S'asseoir par terre avec les jeunes enfants. 2. Maintenir un contact visuel approprié. 3. Avoir une expression du visage chaleureuse. 4. Adopter une voix douce et calme. 5. Autre forme de langage corporel adaptée aux normes culturelles. 			
<p>4. Comment expliqueriez-vous à des enfants survivants âgés de 10 à 12 ans en quoi consiste l'orientation vers des services de santé ?</p>	<p>La personne évaluée doit donner les deux réponses suivantes pour obtenir le score maximum :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Décrire précisément ce que sont les services de santé (y compris les risques/conséquences). 2. Indiquer les droits de l'enfant durant la prise en charge par les services de santé. 			
<p>5. Comment expliqueriez-vous à des enfants survivants âgés de 10 à 12 ans en quoi consiste l'orientation vers des services de protection ?</p>	<p>La personne évaluée doit donner l'ensemble des réponses suivantes pour obtenir le score maximum :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Décrire précisément ce que sont les services de protection (y compris les risques/conséquences). 2. Expliquer le déroulement du processus lorsque les prestataires de services de protection s'adresseront à l'enfant. 3. Indiquer les droits de l'enfant et de sa famille pendant les entretiens avec la police. 			
<p>6. De quelle manière peut-on déterminer comment se sent un enfant en utilisant des supports centrés sur l'enfant (dessins, jouets, etc.) ?</p>	<p>La personne évaluée doit citer au moins trois des éléments suivants pour obtenir le score maximum :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dessiner des visages représentant les différentes émotions et demander à l'enfant de montrer le visage qui correspond le mieux à ce qu'il ressent. 2. Demander à l'enfant de dessiner comment il se sent dans sa tête et dans son cœur. 3. Demander à l'enfant d'utiliser différentes couleurs pour représenter les émotions qu'il ressent. 4. Autre idée ou activité proposée par le travailleur social qui pourrait être intéressante à mettre à l'essai. 			

<p>7. Quels choix est-il important d'offrir aux enfants avant de discuter avec eux des violences qu'ils ont subies ?</p>	<p>La personne évaluée doit citer au moins trois des options suivantes pour obtenir le score maximum :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le choix de se faire accompagner d'une personne qui s'occupe d'eux ou d'une autre personne de confiance. 2. Le choix du lieu de l'entretien. 3. Le choix du moment de l'entretien. 4. Si possible, le choix de discuter avec un homme ou avec une femme (ce choix est plus important pour les garçons survivants). Il est d'usage, dans le cadre des bonnes pratiques, que les filles soient interrogées par des conseillères féminines, les violences qu'elles ont subies étant presque exclusivement perpétrées par des hommes. 			
<p>8. Si un enfant est âgé de moins de 5 ans, à qui devez-vous parler pour comprendre ce qui lui est arrivé ?</p>	<p>La personne évaluée doit donner les deux réponses suivantes pour obtenir le score maximum :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. D'abord, la personne qui a amené l'enfant. 2. La personne qui s'occupe de l'enfant (s'il y a lieu). 			
<p>9. Citez quelques phrases réconfortantes qu'il est important de dire aux parents des enfants et aux personnes qui s'en occupent et qui n'ont pas commis de violences lorsqu'ils sont bouleversés par les violences sexuelles infligées aux enfants.</p>	<p>La personne évaluée doit citer aux moins quatre phrases pour obtenir le score maximum :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ce n'est pas de votre faute (si c'est bien le cas). 2. Nous pouvons vous aider et aider votre enfant à aller mieux. 3. Cela arrive à d'autres enfants. 4. Ce qui s'est passé ne veut pas dire que vous êtes un mauvais parent. Les violences sexuelles sont la faute de l'auteur de ces actes. 5. Autre phrase adaptée aux normes culturelles. 			
<p>10. Pendant combien de temps au maximum pouvez-vous interroger les enfants au sujet des violences sexuelles qu'ils ont subies ?</p>	<p>Bonne réponse :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Selon l'âge de l'enfant, entre 30 minutes et une heure. 			
<p>11. En quoi un entretien avec un enfant de 7 ans diffère-t-il d'un entretien avec un adolescent de 17 ans ?</p>	<p>La personne évaluée doit citer au moins deux des points suivants pour obtenir le score maximum :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Un adolescent de 17 ans peut mieux comprendre ce qui lui est arrivé. 2. Un adolescent de 17 ans est plus à même d'exprimer des idées et son opinion sur les mesures à prendre. 3. Un adolescent de 17 ans se préoccupe davantage des répercussions sociales et de la stigmatisation des violences. 			

<p>12. Lorsque des enfants qui ne sont ni handicapés ni malentendants refusent de vous parler, quelles sont les trois questions à vous poser en tant que prestataire de services ?</p>	<p>La personne évaluée doit citer au moins deux des points suivants pour obtenir le score maximum :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Y a-t-il dans la pièce une personne en présence de laquelle l'enfant a peur de s'exprimer ? 2. Mon comportement met-il l'enfant mal à l'aise ? 3. Le lieu de l'entretien permet-il à l'enfant de se confier en toute sécurité ? 			
<p>13. Décrivez, à l'aide d'un exemple, la manière de respecter les points de vue, les croyances et les opinions des enfants auprès desquels vous intervenez.</p>	<p>La personne évaluée doit citer au moins deux des points suivants pour obtenir le score maximum :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Demander à l'enfant ce qu'il pense d'une mesure donnée. 2. Au début et tout au long des échanges, indiquer à l'enfant qu'il a le droit d'exprimer ses émotions et idées. 3. Donner à l'enfant la possibilité de s'exprimer. 4. Autre exemple adapté au contexte. 			
<p>14. Décrivez l'impact des attitudes et croyances des travailleurs sociaux concernant les violences sexuelles sur la communication avec les enfants.</p>	<p>La personne évaluée doit citer au moins deux des points suivants pour obtenir le score maximum :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si leurs attitudes et croyances sont bonnes, les travailleurs sociaux communiquent avec sincérité et bienveillance. 2. Si leurs attitudes et croyances sont bonnes, les travailleurs sociaux sont plus déterminés à aider les enfants. 3. Si leurs attitudes et croyances sont bonnes, les travailleurs sociaux fournissent des informations et des conseils à la fois exacts et dénués de jugement. 4. Autre point jugé pertinent. 			
<p>15. QUESTION SUPPLÉMENTAIRE À ADAPTER EN FONCTION DU PROGRAMME DE PAYS</p>				
TOTAL DES POINTS DES QUESTIONS 1 À 15				
SCORE TOTAL				

ÉVALUATION DES COMPÉTENCES EN COMMUNICATION

De 20 à 30 points : Les scores compris dans cette fourchette indiquent que la personne évaluée a **atteint** le niveau de compétences en communication exigé et qu'elle peut travailler avec des enfants et des familles de manière autonome, sous supervision continue.

De 10 à 18 points : Les scores compris dans cette fourchette indiquent que la personne évaluée a **partiellement atteint** le niveau de compétences en communication exigé, et qu'elle doit recevoir une formation supplémentaire pour améliorer ses connaissances et aptitudes en matière de communication centrée sur l'enfant. La personne évaluée doit être supervisée de très près si elle prend en charge des enfants ayant subi des violences sexuelles. Il convient également d'établir un plan de renforcement des capacités, qui peut inclure des séances d'encadrement individuelles, des possibilités de formation complémentaire, des séances d'observation de collègues ou d'autres activités de renforcement des capacités.

De 0 à 8 points : Les scores compris dans cette fourchette indiquent que la personne évaluée n'a **pas atteint** le niveau de connaissances et de compétences fondamentales exigé pour communiquer avec des enfants ayant subi des violences sexuelles. La personne évaluée doit bénéficier d'une formation et d'un accompagnement supplémentaires, avant que ses compétences en communication ne soient à nouveau évaluées. Il convient également d'établir un plan de renforcement des capacités, qui peut inclure des séances d'encadrement individuelles, des possibilités de formation complémentaire, des séances d'observation de collègues ou d'autres activités de renforcement des capacités.

Évaluation finale :

_____ **Niveau atteint**

_____ **Niveau partiellement atteint**

_____ **Niveau non atteint**

AUTRES OBSERVATIONS ET COMMENTAIRES (Veuillez noter toute observation directe concernant la personne évaluée qui vous semble importante à inclure dans l'évaluation des compétences en communication.)

PLAN DE RENFORCEMENT DES CAPACITÉS (si nécessaire)

SIGNATURE DU SUPERVISEUR _____

SIGNATURE DE LA PERSONNE ÉVALUÉE _____

Chapitre 5

LES PROBLÉMATIQUES CLÉS

PRÉSENTATION DU CHAPITRE

Ce chapitre décrit les principales questions auxquelles les travailleurs sociaux doivent faire face lorsqu'ils assurent la gestion de cas d'enfants survivants d'abus sexuels. Ce chapitre décrit les principales difficultés du processus de gestion des cas conforme à l'approche PES que les travailleurs sociaux doivent gérer dans l'intérêt supérieur des enfants, à savoir : la prise de décision, l'obtention du consentement ou de l'assentiment éclairé, la confidentialité et ses limites, ainsi que l'obligation de signalement. Si les travailleurs sociaux sont tenus d'agir conformément à l'ensemble des principes directeurs énoncés dans le *chapitre 1*, les décisions et les mesures qu'ils prennent pour gérer ces difficultés doivent être fondées sur l'intérêt supérieur des enfants. Un accent particulier est donc mis sur ce concept.

Outils connexes

OBTENIR LE CONSENTEMENT ET L'ASSENTIMENT ÉCLAIRÉS

Orientations relatives à l'évaluation en fonction de l'âge et du stade de développement

INTRODUCTION

Les prestataires de services sont tenus de défendre l'intérêt supérieur des enfants tout au long de la gestion des cas, ce qui suppose de prendre des mesures qui servent l'intérêt supérieur des enfants et d'inciter les autres parties à en faire de même. Dans le cadre de la gestion de cas conforme à l'approche PES, les mesures qui servent l'intérêt supérieur des enfants consistent à :

- » Protéger les enfants contre de nouveaux préjudices émotionnels, psychologiques et/ou physiques ;
- » Tenir compte des souhaits et des besoins des enfants ;
- » Autonomiser les enfants et les familles ;
- » Examiner les avantages et les conséquences potentiellement néfastes pour trouver le juste équilibre ;
- » Favoriser le rétablissement et la guérison.

Afin de déterminer la ligne de conduite qui servira au mieux l'intérêt supérieur des enfants, les travailleurs sociaux doivent :

- » Procéder à une évaluation minutieuse de la situation de l'enfant ;

- » Mener des discussions constructives avec les personnes qui s'occupent des enfants au sujet des mesures qu'elles pensent être dans l'intérêt supérieur de ces derniers ;
- » Déterminer la ligne de conduite la moins préjudiciable.

Tout au long du processus de gestion de cas, les travailleurs sociaux seront confrontés à des difficultés qu'ils devront analyser minutieusement pour prendre des décisions réfléchies afin de remplir leur rôle et, plus particulièrement, de servir l'intérêt supérieur des enfants sur la base de leurs caractéristiques propres, des circonstances et des services disponibles. En règle générale, les principales difficultés sont les suivantes :

- » Faire participer les enfants à la prise de décision ;
- » Obtenir le consentement ou l'assentiment éclairé ;
- » Respecter et gérer les limites de la confidentialité ;
- » Gérer les exigences relatives à l'obligation de signalement.

Les sections suivantes fournissent des orientations pour résoudre ces difficultés et expliquent les liens qui existent entre elles.

PROBLÉMATIQUE CLÉ N° 1 : IMPLIQUER LES ENFANTS SURVIVANTS À LA PRISE DE DÉCISION

L'inclusion des enfants ayant subi des violences sexuelles dans la prise de décision est un aspect fondamental de l'approche PES. Il importe de prendre des décisions de manière collaborative, car les violences sexuelles supposent qu'un adulte, probablement de confiance, a déjà trahi la confiance et anéanti tout sentiment de contrôle de l'enfant. Les enfants qui ont la possibilité d'exprimer leurs besoins, ainsi que d'être entendus et compris par des adultes peuvent commencer à restaurer leur confiance envers les autres, ainsi qu'à retrouver ou à renforcer leur sentiment de contrôle.

Différentes craintes, peurs, croyances culturelles et normes sociales risquent cependant de priver les enfants ayant subi des violences sexuelles de la possibilité de participer aux décisions relatives au processus de gestion de cas qui les concerne. Par ailleurs, le cadre juridique applicable requiert souvent que des adultes prennent certaines des décisions concernant la prise en charge et le traitement des enfants (voir la *problématique clé no 2 : Consentement et assentiment éclairés*). Obtenir le consentement éclairé et l'assentiment Il n'en reste pas moins que les enfants ont le droit de participer au processus de prise en charge et de traitement de diverses façons, ce qui suppose qu'ils contribuent à certaines décisions en exprimant leur avis. L'inclusion des enfants et des adolescents dans la prise de décision est un processus multidimensionnel qui nécessite de tenir compte des éléments suivants tout au long de la gestion de cas :

- » **L'âge et le niveau de développement.** L'âge et le stade de développement des enfants, dont dépend leur capacité à contribuer à la prise de décision ;
- » **Type de décision.** Certaines décisions doivent être prises par l'aidant, mais d'autres ne l'exigent pas. (Par exemple, si l'enfant souhaite être accompagné d'une personne (et de quelle personne) pendant qu'il parle avec un assistant social). Dans la mesure du possible, les travailleurs sociaux doivent offrir aux enfants un maximum de possibilités qui leur permettent de prendre des décisions, même si ces décisions paraissent insignifiantes.

- » **Le degré de participation à la prise de décision.** Les enfants peuvent contribuer à la prise de décision même si la décision finale ne leur appartient pas. En cas de décisions critiques concernant la prise en charge et le traitement, le fait de tenir compte de l'avis des enfants ayant subi des violences sexuelles permet aux travailleurs sociaux de mieux déterminer quelles mesures servent leur intérêt supérieur.

Les travailleurs sociaux peuvent faciliter la participation des enfants à la prise de décision :

- » En évaluant leur degré de maturité et leur capacité à prendre des décisions d'une manière adaptée aux normes culturelles. Le [tableau 5.1](#) fournit des orientations générales sur la participation des enfants à la prise de décision selon leur âge et leur degré de maturité. Il est également possible d'évaluer le niveau de maturité des enfants selon :
 - Leur stade de développement et leur capacité à exprimer un choix⁹⁹.
 - Leur capacité de compréhension.
 - Leur manière d'appréhender les circonstances.
 - Leur capacité de raisonnement ;
- » En permettant aux enfants de contribuer au processus de gestion de cas dans le cadre d'une approche fondée sur les droits ;
- » En écoutant les idées et les opinions des enfants au sujet de leur prise en charge et de leur traitement ;
- » En informant les enfants du déroulement du processus et en leur offrant de nombreuses possibilités d'exprimer leur point de vue ;
- » En veillant à ce que les enfants participent au processus de gestion de cas dans toute la mesure permise par leur âge, leur stade de développement et leurs capacités.

La prise de décision et les filles mariées

Il convient de partir du principe que les filles mariées de façon précoce, en particulier les adolescentes, sont en mesure de prendre des décisions de manière autonome (à moins que l'évaluation de leur degré de maturité n'indique le contraire). Les maris de ces filles peuvent vouloir influencer et/ou exercer un contrôle strict sur les décisions qu'elles prennent, ce qui n'est jamais approprié. Les travailleurs sociaux sont tenus de veiller à ce que les filles mariées comprennent leur droit de prendre des décisions et les raisons pour lesquelles il est inapproprié que leur mari joue un rôle dans leur prise en charge et leur traitement (en particulier si elles veulent accéder aux services en raison de violences sexuelles perpétrées par leur mari). Les travailleurs sociaux qui interviennent auprès de filles mariées, notamment lorsqu'elles sont jeunes, peuvent les aider à trouver d'autres adultes de confiance susceptibles d'apporter un soutien au cours du processus de gestion de cas. Enfin, les travailleurs sociaux doivent avoir conscience de la possibilité que les filles mariées de façon précoce présentent des besoins importants qui dépassent le cadre de leur prise en charge en tant que victimes de violences sexuelles au sein du couple. Les [ressources de formation sur le mariage forcé de l'initiative Girl Shine](#) contiennent davantage d'informations sur la façon dont les prestataires de services peuvent intervenir auprès de filles mariées en toute sécurité.

⁹⁹ Les enfants peuvent exprimer des choix verbalement ainsi que grâce aux aménagements raisonnables mis en place à cet effet.

Tableau 5.1 : Estimation de la capacité des enfants à prendre des décisions selon leur âge

Tranche d'âge	Capacité à prendre des décisions
8 ans et moins	Les enfants de cette tranche d'âge ont le droit de donner leur avis et d'être entendus. Bien qu'ils puissent participer à la prise de décision dans une certaine mesure, la prudence est de mise pour éviter de leur faire porter le poids de décisions qu'ils ne sont pas capables de comprendre.
9 à 12 ans	Les enfants de cette tranche d'âge peuvent participer de manière constructive à la prise de décision, mais leur degré de maturité doit être évalué au cas par cas.
13 à 14 ans	Les enfants de cette tranche d'âge sont présumés suffisamment matures pour contribuer véritablement aux décisions relatives à leur prise en charge.
15 ans et plus	Les enfants de cette tranche d'âge sont généralement suffisamment matures pour prendre leurs propres décisions, même sans la participation des personnes qui s'occupent d'eux. Il peut toutefois en être autrement selon l'âge du consentement défini dans la législation applicable.

PROBLÉMATIQUE CLÉ N° 2 : OBTENTION DU CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ ET DE L'ASSENTIMENT ÉCLAIRÉ

Le consentement éclairé est l'accord volontaire d'une personne disposant du degré de maturité, des capacités et de l'autorité légale de donner son consentement. **Il nécessite que les enfants et/ou les personnes qui s'occupent d'eux ou leurs tuteurs légaux comprennent pleinement :**

- » Les services et les possibilités auxquels les enfants, leur famille ou les personnes qui s'occupent d'eux ont accès ;
- » Les risques et les avantages qui pourraient être associés aux services ;
- » Les procédures de collecte et d'utilisation des informations ;
- » Le principe de confidentialité et ses limites.

L'assentiment éclairé est la volonté exprimée de participer à des services. Il s'agit d'un élément important dans la gestion des cas de violences sexuelles infligées à des enfants, car ces derniers pourraient être dans l'incapacité de consentir au regard de la loi ou en fonction de leur stade de développement. Du point de vue de la guérison, l'assentiment éclairé est également important dans les cas d'abus sexuels, car le processus aide les enfants à retrouver ou à développer leur libre arbitre. L'assentiment éclairé nécessite d'adopter des méthodes de communication centrées sur l'enfant afin que les bénéficiaires comprennent le mieux possible les services proposés. Si les enfants risquent de ne pas bien comprendre tous les aspects des services susmentionnés, il convient tout de même de leur expliquer en quoi consiste la prise en charge d'une manière adaptée à leur stade de développement.

Les travailleurs sociaux sont tenus d'obtenir le consentement ou l'assentiment éclairé des enfants ayant subi des violences sexuelles ainsi que des personnes non incriminées qui s'occupent d'eux avant d'entamer le processus de prise en charge. Ils devront également s'assurer que les enfants survivants et/ou les personnes qui s'occupent d'eux consentent à chaque nouveau service vers lequel ils sont orientés, même si le prestataire reste la même organisation. Les services requis qui ne font pas partie de la gestion des cas doivent être convenus avec les enfants survivants et les personnes n'ayant pas commis de violences qui s'occupent d'eux au cours de l'étape 3 : Élaboration d'un plan d'action. Pour obtenir le consentement ou l'assentiment éclairé, les travailleurs sociaux doivent expliquer aux enfants et aux personnes n'ayant pas commis de violences qui s'occupent d'eux en quoi consistent les services, en précisant les risques et les avantages qui pourraient y être associés :

- » Présentez aux enfants et aux personnes n'ayant pas commis de violences qui s'occupent d'eux l'intégralité des informations et des options disponibles afin qu'ils puissent prendre une décision, en utilisant différentes stratégies de communication et en proposant différentes façons de consentir ;
- » Prévenez les enfants et les personnes qui s'occupent d'eux que des informations à leur sujet sont susceptibles d'être transmises à autrui, en précisant à quelles fins ;
- » Expliquez les mesures qui permettront de conserver en toute sécurité les informations les concernant ;
- » Expliquez les étapes probables du processus de prise en charge de l'enfant ;
- » Expliquez les avantages et les risques associés aux services ;
- » Expliquez aux enfants et aux personnes n'ayant pas commis de violences qui s'occupent d'eux qu'ils ont le droit de refuser n'importe quelle composante des services ;
- » Expliquez les limites du principe de confidentialité.

Obtenir le consentement et l'assentiment éclairés

Avant d'amorcer la procédure d'obtention du consentement éclairé, les travailleurs sociaux doivent déterminer :

- » Qui est responsable et en droit de donner son consentement éclairé à la prise en charge et au traitement des enfants dans le contexte d'intervention ;
- » La manière d'évaluer la capacité des enfants à donner leur consentement ou leur assentiment éclairé à mesure qu'elle évolue (conformément aux politiques de l'organisation et à la législation nationale) ;¹⁰⁰
- » Les mécanismes qui permettent à des tiers (dont des organes gouvernementaux, des entités communautaires, des organisations non gouvernementales nationales ou internationales, et d'autres adultes de confiance) de donner leur consentement si les personnes qui s'occupent des enfants, les parents ou d'autres tuteurs ne sont pas disponibles ou sont présumés responsables des violences.

Le tableau 5.2 fournit des orientations générales sur l'obtention du consentement et de l'assentiment éclairés en fonction de l'âge. Il peut également exister des normes juridiques propres au contexte qu'il convient d'appliquer. La section « *Obtenir le consentement et l'assentiment éclairés* » contient des orientations plus détaillées fondées sur l'âge et le stade de développement.

Tableau 5.2 : Aperçu des procédures d'obtention du consentement ou de l'assentiment éclairé par tranche d'âge

Tranche d'âge	Enfant	Personne qui s'occupe de l'enfant	Si personne ne s'occupe de l'enfant ou s'il n'est pas dans l'intérêt supérieur de l'enfant de s'adresser aux personnes qui s'occupent de lui	Méthode
De 0 à 5 ans	Non applicable	Consentement éclairé	Consentement éclairé d'un autre adulte de confiance ou du travailleur social	Consentement écrit
De 6 à 11 ans	Assentiment éclairé	Consentement éclairé	Consentement éclairé d'un autre adulte de confiance ou du travailleur social	Assentiment verbal Consentement écrit
De 12 à 14 ans	Assentiment éclairé	Consentement éclairé	Assentiment éclairé d'un autre adulte de confiance ou de l'enfant. Le point de vue de l'enfant doit être pris en compte selon son niveau de maturité.	Assentiment par écrit Consentement écrit
De 15 à 17 ans	Le consentement éclairé et l'assentiment	Obtenir le consentement éclairé avec la permission de l'enfant	Le point de vue de l'enfant doit être pris en compte selon son niveau de maturité.	Consentement écrit

¹⁰⁰ En fonction de l'âge auquel les enfants sont autorisés à consentir, le consentement des personnes n'ayant pas commis de violences qui s'occupent d'eux peut être facultatif dans le cadre de l'accès aux services. Cependant, l'âge légal du consentement est fixé à 16 ans ou plus dans la plupart des contextes, ce qui signifie qu'un tuteur légal (tel qu'un parent ou une personne qui s'occupe de l'enfant) doit donner son consentement éclairé à la prise en charge de l'enfant.

Il convient d'évaluer et d'obtenir à nouveau le consentement ou l'assentiment éclairé à mesure que les capacités des enfants évoluent. Les travailleurs sociaux doivent procéder à des évaluations régulières du degré de maturité en fonction des besoins, en augmentant progressivement la complexité des sujets et des décisions en question à mesure que les enfants manifestent leur compréhension. Lorsque les enfants ont la capacité de prendre certaines décisions à différentes étapes du processus de gestion de cas, il convient de redemander leur assentiment ou leur consentement éclairé.

Le consentement des enfants handicapés

Les travailleurs sociaux doivent invariablement partir du principe que tous les enfants handicapés (y compris lorsqu'ils présentent une déficience intellectuelle) sont en mesure de fournir leur consentement ou leur assentiment éclairé conformément aux recommandations relatives à l'âge. Il incombe aux travailleurs sociaux :

- » De demander à la personne qui s'occupe de l'enfant non fautif ou à un autre adulte de confiance ou membre de la famille des conseils sur la façon de communiquer avec l'enfant ;
- » D'adapter leur stratégie de communication en utilisant différentes méthodes ;
- » De demander aux enfants s'ils souhaitent que quelqu'un les aide à communiquer ;
- » De prendre des décisions fondées sur la meilleure interprétation possible de la volonté et des préférences des enfants, en fonction de leur âge, de leur stade de développement et de leurs capacités de compréhension.

Le simple fait de présenter une déficience liée à la communication (comme un trouble de l'audition ou de la parole) n'empêche pas un enfant de communiquer ou de comprendre des explications.

Difficultés à obtenir le consentement éclairé

L'obtention de l'assentiment ou du consentement éclairé dépend également de la situation des personnes qui s'occupent des enfants. Par exemple, un soignant non délinquant peut ne pas vouloir donner son consentement aux services pour des raisons telles que la stigmatisation, la peur et/ou la honte. De plus, le seul tuteur culturellement autorisé à donner son consentement peut également être l'auteur de l'abus sexuel, ou l'enfant survivant peut être non accompagné, sans tuteur légal. Voici d'autres exemples de difficultés courantes :

- » La femme n'ayant pas commis de violences qui s'occupe de l'enfant ne peut pas donner son consentement éclairé ou ne veut pas croire qu'elle est autorisée à le faire, car elle n'assume pas le rôle de chef de famille ;
- » Il n'y a pas de tuteur officiel, de personne n'ayant pas commis de violences qui s'occupe de l'enfant, d'autre adulte de confiance ou d'organisation qui puisse prendre des décisions au nom de l'enfant ;
- » Une personne n'ayant pas commis de violences s'occupe de l'enfant, mais divulguer les violences sexuelles à cette personne entraînerait presque certainement des violences supplémentaires ou la mort de l'enfant (c'est-à-dire un crime d'honneur) ;
- » Les filles et les garçons adolescents sont suffisamment matures pour prendre leurs propres décisions et donner leur consentement éclairé, mais refusent d'informer les personnes n'ayant pas commis de violences qui s'occupent d'eux du processus de prise en charge ou ne veulent pas qu'elles y participent, ou la législation exige que ces personnes donnent leur consentement, mais elles refusent la prestation de services ;

- » Les adolescents survivants sont accompagnés d'un jeune adulte ami/voisin/membre de la famille qui n'a pas l'autorité légale pour donner un consentement éclairé au nom du survivant qui n'a pas l'âge légal pour consentir ou qui n'a pas l'âge d'une politique établie.

Dans ces situations et lorsqu'il est autrement difficile d'obtenir le consentement éclairé, les travailleurs sociaux doivent se poser les questions suivantes :

À quel point est-il urgent de prendre la décision relative à la prise en charge ? Lorsque des enfants survivants courent un danger imminent et/ou présentent des besoins urgents en matière de santé et que les personnes n'ayant pas commis de violences qui s'en occupent refusent de donner leur consentement éclairé aux services de santé, les travailleurs sociaux doivent immédiatement faire appel à un superviseur. Les superviseurs auront de préférence déjà mis au point un protocole à suivre dans de telles situations. Il peut être utile pour les travailleurs sociaux et leurs superviseurs de consulter d'autres acteurs de la lutte contre la VBG ou de la protection de l'enfance, y compris, le cas échéant, des acteurs nationaux de la protection, afin d'obtenir leur avis sur la marche à suivre pour garantir l'intérêt supérieur des enfants.

Si la personne qui s'occupe de l'enfant refuse de donner son consentement, quels sont les facteurs qui la poussent à agir ainsi ? Si une personne n'ayant pas commis de violences qui s'occupe de l'enfant est réticente ou refuse de consentir à la prestation de services, que ce soit au début ou tout au long du processus de prise en charge, il est important de comprendre ce qui l'inquiète réellement. Le refus de consentir peut être dû à la honte, à la stigmatisation, à des questions de sécurité, à la crainte de représailles ou à la peur. La personne peut penser que l'enfant a besoin qu'on le discipline ou nier l'existence des violences. Elle peut également considérer que ce qui s'est passé n'équivaut pas à des violences ou chercher à protéger l'auteur de ces actes parce qu'il s'agit d'un parent, d'un ami ou d'une personne d'influence au sein de la communauté. Des obstacles pratiques peuvent également entraver leur accès aux services, notamment lorsqu'elles manquent de fonds pour se rendre au centre de services ou qu'elles ont d'autres priorités (telles qu'aller chercher de l'eau ou de la nourriture).

S'il n'existe pas de besoin urgent en matière de santé ou de sécurité, les travailleurs sociaux doivent :

- » Dialoguer avec la personne n'ayant pas commis de violences qui s'occupe de l'enfant pour mieux comprendre son refus ou son hésitation ;
- » Déterminer les principaux obstacles à l'obtention de son consentement éclairé ;
- » Évaluer s'il est possible de surmonter ou d'éliminer ces obstacles, ou de réduire le risque associé ;
- » Élaborer un plan pour surmonter les obstacles avec la personne n'ayant pas commis de violences qui s'occupe de l'enfant avant de solliciter à nouveau son consentement éclairé.

Quel est l'âge de l'enfant survivant et quelle est sa capacité à donner son consentement ?

Dans les situations où les enfants sont suffisamment âgés ou jugés capables de prendre des décisions, ils peuvent donner leur consentement eux-mêmes, sans l'accord de la personne qui s'occupe d'eux. Afin d'évaluer le niveau de compréhension des enfants et leur capacité à prendre une décision donnée, les travailleurs sociaux doivent évaluer leur aptitude :

- » À comprendre les principales informations relatives à la décision et à y réfléchir ;
- » À penser et à faire des choix de manière relativement autonome ;
- » À déterminer les risques et les avantages possibles liés à la décision.

Quel est le cadre juridique applicable au consentement dans le contexte d'intervention ? Dans certains contextes, des dispositions juridiques déterminent l'âge du consentement et les procédures à suivre. Dans d'autres cas, l'absence d'un tel cadre juridique permet aux travailleurs sociaux de prendre des décisions, voire d'agir au nom des enfants, ce qui est particulièrement probable s'il n'existe pas de procédure formelle pour déterminer l'intérêt supérieur des enfants.

PROBLÉMATIQUE CLÉ N° 3 : RESPECTER ET GÉRER LA CONFIDENTIALITÉ LES LIMITES DE LA CONFIDENTIALITÉ

Le respect de la confidentialité est l'un des principes directeurs des services de protection et de santé. Il suppose que les travailleurs sociaux **recueillent les informations de manière sûre, protègent toutes les informations collectées sur les enfants survivants et acceptent de ne les partager qu'en cas de besoin et après l'obtention de la permission explicite de l'enfant et de la personne qui s'en occupe**. L'explication de la confidentialité et de ses limites se fait généralement dans le cadre des procédures d'obtention du consentement/de l'assentiment éclairé lors de l'étape 1 « Présentation et engagement dans le cadre du processus de gestion de cas ». Le respect de la confidentialité reste toutefois une priorité tout au long de ce processus.

Les protocoles et les décisions en matière de confidentialité sont plus simples lorsque les personnes survivantes sont des adultes, car ces personnes sont légalement habilitées à prendre des décisions qui les concernent. Dans les cas concernant des enfants, et plus spécifiquement des jeunes enfants, les travailleurs sociaux doivent non seulement connaître les limites légales du principe de la confidentialité, mais aussi comprendre comment servir au mieux l'intérêt supérieur des enfants et comment les personnes qui s'occupent d'eux peuvent intervenir dans le processus.

Les limites éthiques à la confidentialité, que le bénéficiaire soit un adulte ou un enfant, se justifient pour garantir la sécurité lorsque la personne survivante :

- » Risque de se blesser ou de mettre fin à ses jours ;
- » Risque d'être blessée ou tuée par un autre individu ;
- » Risque de blesser ou d'attenter à la vie d'une autre personne ;
- » Est blessée et nécessite une prise en charge médicale immédiate.

Dans le cadre du travail avec les enfants, particulièrement lorsqu'ils sont en bas âge, il est nécessaire de comprendre les limites que la loi impose au principe de confidentialité et les raisons de cette réglementation, notamment en vue de protéger l'enfant contre de nouvelles violences et d'éviter que l'auteur de ces actes ne fasse d'autres victimes. Des limites supplémentaires à la confidentialité des enfants peuvent s'appliquer lorsqu'il existe des lois sur le signalement obligatoire et des politiques de prévention de l'exploitation et des abus sexuels (PEAS). Discuté plus en détail dans la question clé 4, les informations sur la déclaration obligatoire et son impact sur les limites de la confidentialité doivent être expliquées à l'avance à l'enfant et à son tuteur.

Les travailleurs sociaux doivent fournir aux enfants et aux personnes qui s'occupent d'eux des explications claires et cohérentes au sujet de ces limites. L'organisation doit définir des protocoles standard en matière de confidentialité qui servent de référence à l'ensemble des travailleurs sociaux dans le cadre de leur travail auprès des enfants. Une composante essentielle du processus de gestion des cas consiste à décider de la meilleure façon de préserver la confidentialité des enfants et leur accès aux services d'aide. Dans le cadre du mécanisme d'orientation, les travailleurs sociaux discutent avec l'enfant et la personne qui s'en occupe pour savoir quelles informations ils souhaitent communiquer aux autres prestataires de services, et de quelle façon. Lorsqu'un enfant doit être protégé, par exemple parce qu'il est harcelé et exposé à un danger imminent, il peut s'avérer nécessaire de fournir des informations aux forces de l'ordre locales pour protéger 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'en occupe, conformément à ce que prévoit la législation.

Sauf obligation légale, la décision de passer outre le principe de confidentialité doit toujours être guidée par l'intérêt supérieur de l'enfant. Dans de telles circonstances, la manière de procéder sera définie en se référant à certains principes directeurs, tels que le respect de l'intérêt supérieur de l'enfant. Si la confidentialité doit être rompue, dans la mesure du possible, l'assistant social doit informer l'enfant à l'avance et expliquer pourquoi la confidentialité doit être rompue, discuter de l'impact potentiel sur la sécurité physique et psychologique de l'enfant, y compris la manière dont cela affecte la confiance de l'enfant dans les travailleurs sociaux.

Prévention de l'exploitation et des abus sexuels (PEAS) – Politiques et mécanismes de signalement

Les organisations disposent généralement de politiques de prévention de l'exploitation et des abus sexuels spécifiquement applicables dans les situations de crise humanitaire. Des dispositions prévoient notamment que le personnel de l'organisation signale les cas connus d'exploitation et d'abus sexuels perpétrés par des acteurs humanitaires. **Les politiques de prévention de l'exploitation et des abus sexuels, ou politiques de sauvegarde, sont différentes des exigences légales relatives à l'obligation de signalement que nous aborderons dans la prochaine section.**

Chaque organisation dispose de sa propre procédure en matière de signalement, de gestion et d'enquête des cas d'exploitation et d'abus sexuels. Ces politiques doivent inclure des mesures de signalement confidentiel, reposant sur une approche centrée sur la personne survivante, sur le respect de l'intérêt supérieur de l'enfant et sur le principe de « ne pas nuire ».

Les travailleurs sociaux doivent comprendre les politiques de leur organisation en matière de prévention de l'exploitation et des abus sexuels ; s'ils sont tenus de signaler les cas dont ils ont connaissance, ils doivent savoir à qui s'adresser et comment les enquêtes seront traitées. Ces informations doivent être incluses dans les procédures d'obtention du consentement éclairé, procédures sur lesquelles ils peuvent s'appuyer pour expliquer les limites du principe de la confidentialité. Les travailleurs sociaux doivent veiller à servir au mieux l'intérêt supérieur de l'enfant lorsqu'ils signalent un cas de PEAS.

Expliquer la confidentialité

Le rôle des travailleurs sociaux est d'expliquer le concept de confidentialité et ses limites aux enfants ayant subi des violences sexuelles et aux personnes s'occupant d'eux et n'ayant pas commis de violences, de s'assurer qu'ils le comprennent et d'appliquer ce concept en toute sécurité, en veillant à servir au mieux l'intérêt supérieur de l'enfant survivant.

Pour expliquer, dans le respect de la dignité, le principe de confidentialité et ses limites aux enfants ayant subi des violences sexuelles, les travailleurs sociaux doivent avoir les compétences pour communiquer avec des enfants de tous âges et tenir compte du principe fondamental selon lequel les expériences et les récits des enfants n'appartiennent qu'à eux. Après avoir expliqué la confidentialité aux enfants, les travailleurs sociaux doivent leur poser quelques questions pour s'assurer qu'ils ont bien compris ce qui a été dit. Des questions telles que « Peux-tu me dire ce que je devrais faire si je pensais que quelqu'un te faisait du mal ? » ou « Peux-tu me dire en quoi consiste mon travail ? » permettront d'évaluer le niveau de compréhension de l'enfant.

Les travailleurs sociaux doivent faire participer les enfants aux processus de prise de décision sur les informations qu'il est possible de communiquer conformément aux protocoles existants, sur la manière de les partager et sur les destinataires. Les limites de la confidentialité sont expliquées dans le cadre des procédures d'obtention du consentement éclairé.

Texte type : Expliquer la confidentialité à un enfant survivant de 8 ans

Mon travail consiste à discuter avec les enfants et à les aider à gérer leurs problèmes. Je m'intéresse à toi et à ce qui t'est arrivé, et je veux être sûr 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 suis pas capable de te donner. Si je m'inquiète pour ta sécurité, il faudra peut-être que je parle à quelqu'un qui pourra 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 pourra te protéger, nous discuterons ensemble de cette autre personne, et nous déciderons ce qu'il faut lui dire. Mon rôle est de tout faire pour qu'on ne te fasse plus de mal, et c'est justement pour te protéger et pour que tu restes en bonne santé que nous devons peut-être demander de l'aide à d'autres personnes. Est-ce que tu es d'accord ?

Texte type : Expliquer la confidentialité à un enfant survivant de 12 ans

Mon travail consiste à discuter avec les enfants et à les aider à gérer leurs problèmes. Bien que l'essentiel de ce dont nous allons parler restera entre toi et moi, il se peut que tu me parles de certains problèmes qui devront être partagés avec d'autres personnes. Par exemple, si tu as un problème pour lequel je ne peux pas t'aider, nous devrons parler à d'autres personnes qui pourront faire mieux que moi. Ou si je constate que tu cours un grave danger, je dois en parler à [insérer l'organisme pertinent ici]. Ou si tu me dis que tu as pensé à te faire beaucoup de mal, je devrai le dire à tes parents ou à une autre personne adulte en qui tu as confiance. Si tu me dis que tu as l'intention de faire beaucoup de mal à quelqu'un d'autre, je devrai le signaler. Ces problèmes ne pourront pas rester entre toi et moi, car je veux m'assurer que tu es en sécurité et protégé. S'il arrive un moment où nous devons parler à d'autres personnes, toi et moi en parlerons d'abord ensemble. 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 ? »

Ces textes proposent des scénarios très basiques pour expliquer le principe de confidentialité. Dans les cas de violences sexuelles visant les enfants, l'urgence, la peur et la volonté de les protéger peuvent parfois conduire les personnes qui s'occupent d'eux et les travailleurs sociaux à transgresser leur droit à la confidentialité. Par exemple, un prestataire de service peut être tellement soucieux de la prise en charge médicale de l'enfant qu'il contactera des prestataires de soins de santé avant même d'en discuter avec l'enfant et la personne qui s'en occupe. Il est important de bien connaître le principe de confidentialité et de savoir pourquoi il est fondamental dans l'approche des enfants ayant subi des violences sexuelles. Ce n'est qu'à cette condition que les travailleurs sociaux pourront aider les autres à comprendre l'importance de la confidentialité.

PROBLÉMATIQUE CLÉ N° 4 : GÉRER LES EXIGENCES RELATIVES À L'OBLIGATION DE SIGNALEMENT

Les lois relatives à l'obligation de signalement exigent généralement des prestataires de services publics, tels que les médecins, le personnel infirmier, le personnel de police et les enseignants, qui travaillent régulièrement avec les enfants **qu'ils signalent les cas présumés ou avérés de maltraitance d'enfants** aux agences concernées. Selon le contexte, les signalements peuvent être effectués directement à la police, aux agences gouvernementales de protection de l'enfance ou à des services spécifiques au sein des systèmes judiciaires. Lorsque des lois relatives à l'obligation de signalement des violences infligées aux enfants sont en vigueur, l'objectif ultime est de protéger les enfants contre toute forme de préjudice et d'amener les autorités compétentes à prendre les mesures nécessaires lorsque la violence est présumée ou avérée¹⁰¹.

Dans les cas de VBG, l'obligation de signalement est presque toujours considérée comme préjudiciable, car elle suppose généralement d'aller à l'encontre des souhaits d'une personne adulte survivante ou d'obliger une personne adulte survivante à faire un signalement aux autorités pour bénéficier d'un service qui, la plupart du temps, aura une incidence sur sa sécurité. Avec les enfants, ce n'est toutefois pas toujours le cas. Dans certains contextes, l'obligation de signalement peut être utile et bénéfique aux enfants et aux personnes s'occupant d'eux et n'ayant pas commis de violences. Par exemple, dans un contexte où les services sociaux et les systèmes judiciaires sont bien établis, l'obligation de signalement peut permettre aux enfants ayant subi des violences sexuelles et aux personnes s'occupant d'eux et n'ayant pas commis de violences de bénéficier d'un meilleur soutien, répondant mieux à leurs besoins.

Mise en œuvre de l'obligation de signalement

Afin de mettre en œuvre de manière sûre et efficace les exigences de déclaration obligatoire, les travailleurs sociaux doivent :

- » Avoir une compréhension précise, dans leur environnement particulier, des lois et des politiques relatives à l'obligation de signalement, et plus spécifiquement :
 - Comprendre si les lois relatives à l'obligation de signalement s'appliquent aux travailleurs sociaux, aux professionnels de la santé, à d'autres prestataires de services (par exemple, dans certains contextes, les lois en la matière peuvent exiger un signalement de la part des professionnels de la santé, mais pas des travailleurs sociaux).
 - Savoir comment ces lois et ces politiques influent sur les enfants et les personnes s'occupant d'eux et n'ayant pas commis de violences.
 - Savoir expliquer ces lois et ces politiques aux enfants et aux personnes s'occupant d'eux et n'ayant pas commis de violences.
 - Connaître les risques liés à l'obligation de signalement pour tous les enfants survivants (par exemple personnel policier mal formé/non formé sur les violences sexuelles dont les enfants sont victimes, mesures punitives infligées aux enfants et/ou aux personnes s'occupant d'eux et n'ayant pas commis de violences, système juridique défaillant ou fragmenté offrant peu d'espoir en matière de justice, etc.).
 - Connaître les risques liés à l'obligation de signalement qui peuvent être spécifiques à l'identité des enfants survivants (pratiques discriminatoires à l'encontre des enfants réfugiés, stéréotypes de genre qui conduisent à une nouvelle forme de victimisation de certaines adolescentes par la police ou d'autres acteurs des systèmes judiciaires, certaines pratiques néfastes telles que les crimes d'honneur ou les mariages précoces ou forcés) ;

¹⁰¹ Si des lois relatives à l'obligation de signalement existent également pour les viols et les violences sexuelles visant des adultes, elles demeurent plus courantes lorsque les personnes survivantes sont des enfants.

- » Savoir à qui s'adresser si les possibles bénéfiques d'un signalement effectué en vertu d'une obligation légale ne justifient pas les risques qui en découlent ;
- » Analyser les critères spécifiques permettant de déterminer si le signalement est ou non dans l'intérêt supérieur de l'enfant, noter les conclusions de cette analyse et les communiquer à leur superviseur et/ou à l'équipe assurant la prise en charge de l'enfant ;
- » Expliquer aux enfants et aux personnes qui s'occupent d'eux, dès le début de la prestation de services, les exigences relatives à l'obligation de signalement. Ces explications peuvent être fournies dans le cadre du processus de consentement éclairé de l'étape 1 « Présentation et engagement » (*voir texte type au chapitre 6*).

Lorsque le signalement est impératif, les travailleurs sociaux doivent, dès le début du premier entretien, communiquer les informations suivantes aux enfants survivants et aux personnes s'occupant d'eux et n'ayant pas commis de violences :

- » Le nom de l'organisation/la personne à laquelle les travailleurs sociaux vont 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 sa famille au cours du processus.

Les enfants, notamment les plus âgés (les adolescents), et les personnes qui s'occupent d'eux doivent prendre part aux processus de prise de décision sur la manière de respecter cette obligation de signalement en garantissant au mieux la sécurité et la confidentialité. Autrement dit, les travailleurs sociaux doivent tenir compte de leurs points de vue et idées sur la façon dont le signalement doit être effectué. Cela ne signifie pas que les enfants et les personnes qui s'occupent d'eux peuvent décider s'il faut ou non procéder au signalement, mais qu'ils peuvent contribuer à déterminer quand et comment il convient de faire ce signalement.

L'intérêt supérieur de l'enfant doit toujours prévaloir lorsqu'il s'agit de prendre des mesures en son nom, même dans le cadre des obligations légales en matière de signalement. Les mesures les plus bénéfiques/les moins préjudiciables pour l'enfant, et les moins intrusives pour la famille, doivent être privilégiées dès lors que la sécurité de l'enfant n'est pas menacée.

Élaboration d'une politique organisationnelle en matière d'obligation de signalement

Dans les contextes où des lois, des politiques, des directives et des mécanismes sont déjà en place, les prestataires de services doivent disposer de procédures pour signaler les cas de violences présumées ou avérées avant la fourniture de services aux enfants, ainsi que d'orientations sur la conduite à adopter lorsqu'un signalement risque fortement d'être préjudiciable à l'enfant. L'élaboration de ces politiques doit se fonder sur le principe de l'intérêt supérieur de l'enfant, sur celui de « ne pas nuire » et sur une approche centrée sur la personne survivante.

Les superviseurs doivent déterminer si une loi rendant le signalement obligatoire existe dans leur contexte. Si la réponse est oui, ils doivent définir des procédures à partir des questions clés suivantes :

- » Qui est tenu de signaler les cas de violences infligées aux enfants ?
- » Qui sont les personnes mandatées pour enregistrer ces signalements ?
- » À quel moment le signalement s'impose-t-il (p. ex. en cas de suspicion de violences ?) ?
- » Quelles informations faut-il fournir ?
- » Qu'impose la réglementation concernant le choix du moment et les autres procédures ?
- » Comment la confidentialité est-elle préservée ?
- » Quelles sont les implications légales d'un défaut de signalement ?
- » Quand faut-il réévaluer les procédures de déclaration obligatoire ? (Périodiquement en cours d'année ? Après certains événements susceptibles de changer le paysage du signalement obligatoire ?)
- » La loi sur le signalement obligatoire est-elle spécifique à la maltraitance des enfants ou est-elle spécifique à la violence sexuelle, ou les deux ?
- » Existe-t-il un mécanisme de signalement en matière de prévention de l'exploitation et des abus sexuels ? Quelles sont les exigences associées à ce mécanisme ?

OBTENTION DU CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ ET DE L'ASSENTIMENT ÉCLAIRÉ

L'âge auquel le consentement parental est nécessaire pour fournir des services à un enfant dépend de la législation nationale. Tant qu'un enfant n'a pas atteint l'âge du consentement légal, le consentement de la personne qui s'en occupe est nécessaire. En l'absence de lois explicites ou si la législation n'est pas appliquée, la règle générale veut que les personnes qui s'occupent des enfants de moins de 15 ans donnent leur consentement.

NOURRISSONS ET ENFANTS EN BAS ÂGE (DE 0 À 5 ANS)

Pour les enfants de cette tranche d'âge, ce sont les personnes qui s'occupent d'eux, ou une autre personne adulte de confiance dans leur entourage, et non les enfants eux-mêmes, qui doivent donner leur consentement éclairé. S'il n'est pas possible d'identifier une telle personne, le prestataire de services (le travailleur social, le spécialiste de la protection de l'enfance, le professionnel de santé, etc.) peut être amené à donner son propre consentement pour permettre l'application de mesures destinées à protéger la santé et le bien-être de l'enfant.

Les très jeunes enfants n'ont pas les capacités requises pour décider de leur prise en charge et de leur traitement. L'assentiment éclairé des enfants de cette tranche d'âge n'est donc 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 pour tout service dont ils pourraient bénéficier. Ils peuvent néanmoins donner leur assentiment éclairé ou exprimer leur souhait de participer. Par ailleurs, il convient de demander à ces enfants la permission d'initier les services et les 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 un enfant 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'en occupe 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, une autre personne adulte de confiance, désignée par l'enfant et pouvant sans risque intervenir dans les décisions concernant sa prise en charge et son traitement, doit être invitée à donner son consentement pour le compte de l'enfant.

PRÉADOLESCENTS (DE 12 À 14 ANS)

Les enfants de cette tranche d'âge ont un niveau de développement et des facultés cognitives plus avancés, et peuvent, par conséquent, être suffisamment matures pour prendre des décisions et fournir leur consentement éclairé/ assentiment éclairé dans le cadre des services envisagés. Dans la pratique, les services ne doivent pas être initiés tant que les travailleurs sociaux n'ont pas obtenu, par écrit, à la fois l'assentiment éclairé de l'enfant et le consentement éclairé du parent/de la personne qui s'en occupe. Toutefois, si les travailleurs sociaux estiment que la participation de la personne qui s'occupe de l'enfant n'offre pas la sécurité requise ou ne dessert pas au mieux l'intérêt supérieur de l'enfant, ils devront essayer d'identifier, parmi les proches, une autre personne adulte de confiance qui pourra donner son consentement éclairé et ainsi appuyer l'assentiment écrit de l'enfant. Si cela n'est pas possible, l'assentiment éclairé de l'enfant peut avoir une importance déterminante¹⁰² si les travailleurs sociaux jugent qu'il est suffisamment mature. La prise en charge et le traitement pourront alors être mis en œuvre, avec le soutien et les conseils des superviseurs. Dans de telles situations, les travailleurs sociaux doivent consulter leur superviseur afin d'être conseillés.

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 autorisés à décider de leur prise en charge et de leur traitement, notamment dans le domaine des services sociaux et celui des services de santé reproductive. Autrement dit, le consentement ou l'assentiment éclairé des adolescents est, dans ces circonstances, légalement reconnu. La personne s'occupant de l'enfant et n'ayant pas commis de violences et qui lui apporte un soutien doit, en principe, également participer aux décisions sur la prise en charge et le traitement dès le début du processus, et fournir son consentement éclairé. Cependant, la décision de la faire participer doit être prise directement avec l'enfant, conformément aux lois et aux politiques locales.

Si l'adolescent et la personne qui s'en occupe donnent leur accord, les travailleurs sociaux peuvent consigner ce consentement éclairé dans le formulaire correspondant, ou inscrire dans le dossier du bénéficiaire qu'ils ont obtenu le consentement verbal pour engager la procédure de gestion de cas.

¹⁰² Cela signifie que les points de vue et les opinions de l'enfant sont effectivement pris en considération en fonction de différents facteurs, tels que l'âge et le niveau de maturité.

DIRECTIVES RELATIVES À L'ÉVALUATION SELON L'ÂGE ET LE NIVEAU DE DÉVELOPPEMENT

Lorsqu'ils s'entretiennent avec des enfants survivants, les travailleurs sociaux doivent prendre plusieurs facteurs en considération, y compris 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, tout comme l'éducation, la culture, la nutrition, l'accès aux soins, les interactions sociales et familiales, ainsi que la guerre, la violence et leurs conséquences (problèmes psychosociaux, problèmes de santé mentale, déplacements, etc.).

Lorsqu'ils discutent des violences sexuelles visant les enfants, les travailleurs sociaux doivent adapter la durée de l'entretien à l'âge :

- 30 minutes pour les enfants de moins de 9 ans ;
- 45 minutes pour les préadolescents et jeunes adolescents âgés de 10 à 14 ans ;
- 60 minutes pour les adolescents âgés de 15 à 17 ans.

NOURRISSONS ET ENFANTS EN BAS ÂGE (ÂGÉS DE 0 À 5 ANS)

- » **Ne parlez pas** directement aux enfants de cette tranche d'âge de leurs abus. Leurs capacités de communication verbale sont limitées et il est peu probable qu'ils donnent de quelconques informations sur les mauvais traitements reçus.
- » C'est la personne qui s'occupe de l'enfant et qui n'a pas commis de maltraitance qui doit être la principale source d'informations sur l'enfant et les abus présumés. D'autres adultes proches de l'enfant, en particulier ceux qui ont été amenés à s'en occuper, doivent être consultés, y compris la personne qui accompagne l'enfant à l'entretien.

JEUNES ENFANTS (DE 6 À 9 ANS)

- » Les enfants de cette tranche d'âge **peuvent être interrogés directement** par le prestataire de services. Si possible et avec le consentement éclairé de la personne qui s'occupe de l'enfant non fautif et l'assentiment éclairé de l'enfant, les travailleurs sociaux peut également recueillir des informations sur les abus auprès de sources fiables dans la vie de l'enfant.
- » Ces enfants peuvent avoir des difficultés à répondre à des questions d'ordre général. Cela peut aboutir à des phrases telles que « je ne me souviens pas » ou « je ne sais pas », ou à des réponses vagues comme « l'homme a fait quelque chose de mal », sans qu'il soit possible d'en apprendre davantage.
- » Les parents/personnes qui s'occupent de ces enfants ou les personnes en qui ils ont confiance peuvent participer à l'entretien si les enfants en font la demande (et si les adultes concernés ne peuvent être suspectés d'actes de maltraitance).
- » Conjuguer techniques de communication verbale et techniques de communication basées sur l'art permet d'obtenir de bons résultats avec les enfants de cette tranche d'âge. Il est déconseillé de s'adresser à ces enfants en faisant référence à des concepts abstraits, tels que la justice et l'amour, car ils ont tendance à donner aux mots une signification concrète.

PRÉADOLESCENTS ET ADOLESCENTS (DE 10 À 17 ANS)

- » Les enfants de cette tranche d'âge **peuvent être interrogés directement** par le prestataire de services. Les questions ouvertes peuvent permettre d'obtenir des informations importantes sur l'agression sexuelle.
- » Les parents/personnes qui s'occupent de ces enfants ou les personnes en qui ils ont confiance peuvent participer à l'entretien si les enfants en font la demande (et si les adultes concernés ne peuvent être suspectés d'actes de maltraitance).
- » Les adolescents sont plus à même de penser et de réfléchir de façon analytique, mais les travailleurs sociaux ne doivent pas oublier que ces enfants n'ont pas encore atteint leur maturité.

Chapitre 6

LA GESTION DES CAS D'ENFANTS SURVIVANTS

PRÉSENTATION DU CHAPITRE

Ce chapitre propose des directives pour la mise en œuvre des six étapes des services de gestion de cas pour les enfants ayant subi des violences sexuelles. Il passe en revue les principales tâches des différentes étapes et explique comment chacune d'elles s'appuie sur l'approche PES.

Outils connexes

Planification de la sécurité

Évaluation PES de la santé mentale et du développement psychosocial

Éducation thérapeutique

Apprentissage de la relaxation

Capacités d'adaptation

Résolution des problèmes

PRÉSENTATION DES DIFFÉRENTES ÉTAPES DE LA GESTION DES CAS

Comme indiqué dans le *chapitre 1*, la gestion de cas telle qu'elle est mise en œuvre pour les enfants ayant subi des violences sexuelles s'inspire des pratiques de gestion de cas dans les domaines des violences basées sur le genre et de la protection de l'enfance. Dans l'approche de la gestion de cas des enfants survivants, les principales responsabilités des travailleurs sociaux consistent à :

- » Soutenir l'enfant et sa famille, et défendre leur cause ;
- » Être le principal point de contact de l'enfant et de sa famille pour l'évaluation de leurs besoins ;
- » Faciliter les soins et les traitements, et planifier les interventions pour répondre aux besoins ;
- » Fournir et coordonner les services, et en assurer le suivi. Les travailleurs sociaux réalisent ces tâches en procédant par étape.

Les étapes et les tâches principales qui s'y rapportent (décrites dans le tableau 6.1) sont en grande partie similaires à celles utilisées dans le cadre de la gestion des cas de violence basée sur le genre et de protection de l'enfance, avec toutefois de petites différences liées aux particularités du travail d'accompagnement des enfants ayant subi des violences sexuelles¹⁰³.

Tableau 6.1 : Principales étapes de la gestion de cas

Étape	Tâches incombant aux travailleurs sociaux
Étape 1 : Présentation et engagement	<ul style="list-style-type: none"> » Accueillir et rassurer l'enfant ; » Obtenir le consentement/l'assentiment éclairé pour mettre en place des services de gestion de cas (cela suppose d'expliquer le principe du respect de la confidentialité ainsi que ses limites, et, s'il y a lieu, les exigences relatives à l'obligation de signalement).
Étape 2 : Évaluation	<ul style="list-style-type: none"> » Recueillir des informations sur l'enfant et la nature des abus subis ; » Évaluer les besoins de l'enfant et de la personne qui s'en occupe.
Étape 3 : Élaboration d'un plan d'action	<ul style="list-style-type: none"> » Élaborer le plan d'action avec l'enfant et/ou la personne qui s'en occupe ; » Obtenir le consentement/l'assentiment éclairé en vue de l'orientation vers d'autres services.
Étape 4 : Mise en œuvre du plan Plan d'action	<ul style="list-style-type: none"> » Assister les enfants et défendre leur droit de bénéficier de services de qualité ; » Assurer, si nécessaire, des interventions directes (interventions de SMSPS) ; » Appliquer les procédures relatives à l'obligation de signalement ; » Diriger la coordination de la prise en charge.
Étape 5 : Suivi	<ul style="list-style-type: none"> » Assurer le suivi de l'enfant et des avancées ; » Mettre en œuvre un plan d'action révisé (s'il y a lieu) ; » Continuer à assurer des services de SMSPS.
Étape 6 : Clôture du cas et évaluation	<ul style="list-style-type: none"> » Évaluer la possibilité de clore le cas et mettre en œuvre les procédures de clôture ; » Conduire une évaluation des services fournis.

¹⁰³ Dans les situations concernant des réfugiés, le HCR et ses partenaires d'exécution fourniront des services de gestion de cas pour les enfants ayant subi des violences sexuelles dans le cadre des [procédures du HCR relatives à l'intérêt supérieur](#).

ÉTAPE 1 : PRÉSENTATION ET ENGAGEMENT

Le point de départ de la première étape du processus de gestion de cas, à savoir la présentation initiale et l'engagement, correspond à la première rencontre entre les travailleurs sociaux et l'enfant ayant subi des violences sexuelles et/ou la personne qui s'en occupe. Au cours de cette première étape, les travailleurs sociaux doivent :

- » Accueillir et rassurer l'enfant ;
- » Obtenir le consentement/l'assentiment éclairé pour les services de gestion de cas.

Accueillir et rassurer l'enfant

Cette étape fournit aux travailleurs sociaux la première occasion de tisser des liens avec l'enfant et la personne qui s'en occupe, et de jeter les bases d'une relation de confiance. La capacité des travailleurs sociaux à faire participer l'enfant et la personne qui s'en occupe et à établir une relation avec eux dépend en grande partie de leurs connaissances, de leurs attitudes et de leurs compétences en communication.

Comme indiqué dans le *chapitre 4 : Compétences en communication*, les travailleurs sociaux doivent être prêts à adapter leur environnement physique et leur style de communication pour permettre, dans un cadre apaisé, de faire ressentir leur compassion envers l'enfant. Lors de cette première étape, les travailleurs sociaux doivent :

Se présenter : les travailleurs sociaux sont dans une situation différente de celle des autres adultes de l'entourage de l'enfant (parents, personne qui s'en occupe, enseignants, etc.) dans la mesure où leur rôle consiste en grande partie à assurer la sécurité et le bien-être de l'enfant. Il doit expliquer clairement qui il est et quel est son rôle pour aider l'enfant à comprendre la particularité de leur relation. S'il peut être bref, il doit néanmoins veiller à être clair lorsqu'il se présente à l'enfant : « Je m'appelle Asha et mon travail consiste à aider les filles et les garçons quand ils se sentent tristes ou quand ils ont des problèmes. Je travaille pour Safe Places, une organisation qui aide les gens à vivre dans un environnement sans danger. Mon rôle est d'assurer ta sécurité, de t'écouter et de t'expliquer comment obtenir de l'aide si tu en as besoin. »

Mettre l'enfant à l'aise en le laissant choisir : Dès les premiers contacts, les travailleurs sociaux peuvent aider l'enfant à se sentir à l'aise en le laissant faire des choix sur différentes choses, par exemple où et comment s'installer, et en lui proposant des jouets ou des objets qui semblent avoir éveillé sa curiosité.

Observer l'enfant : Les premiers moments de la rencontre doivent aussi permettre aux travailleurs sociaux d'observer l'enfant et la personne qui s'en occupe, et d'analyser leurs interactions. Les travailleurs sociaux peuvent commencer dès ce stade à évaluer le niveau de maturité et de développement de l'enfant en tenant compte de son âge, ainsi que le soutien que lui apporte la personne qui s'en occupe.

Obtenir le consentement/l'assentiment éclairé pour les services de gestion de cas

Comme indiqué dans le *Chapitre 5*, le processus d'obtention du consentement/de l'assentiment éclairé est initié dès la première rencontre avec l'enfant ayant subi des violences sexuelles et la personne qui s'en occupe. Après avoir accueilli l'enfant et s'être assuré qu'il est aussi à l'aise que possible, les travailleurs sociaux doivent engager le processus d'obtention du consentement éclairé, l'objectif étant que l'enfant et la personne qui s'en occupe donnent leur accord pour participer à la gestion de cas. Lors de cette première étape, les travailleurs sociaux doivent expliquer :

- » Le rôle et les responsabilités des travailleurs sociaux dans le processus de gestion de cas ;
- » En quoi consiste la gestion de cas (s'informer sur les problèmes, identifier les besoins, contribuer à répondre aux besoins, etc.) et quels sont les bénéfices et les limites des services ;
- » Ce qu'est le principe de confidentialité, en précisant qu'il n'est pas toujours possible de le respecter (expliquer notamment qu'un signalement peut être obligatoire) ;
- » La méthode employée pour garantir la conservation sécurisée des données sur l'enfant survivant (cela inclut la présentation des formulaires et bases de données utilisés) ;
- » Comment les informations sur la personne bénéficiaire seront utilisées (collecte des données, partage d'informations dans le cadre de la gestion de cas) ;
- » Au cours de la discussion, les travailleurs sociaux doivent toujours donner à l'enfant et à la personne qui s'en occupe la possibilité de poser des questions et d'exprimer leurs préoccupations.

Un texte type est proposé ci-après pour expliquer le processus du consentement éclairé ; il peut être adapté à l'âge et au niveau de développement de l'enfant :

Texte type : Consentement/assentiment éclairé d'un enfant bénéficiaire

Bonjour *[prénom du bénéficiaire]*.

Je m'appelle *[prénom du travailleur social]* et je suis ici pour t'aider. Je suis travailleur social et mon travail est d'aider les enfants qui ont des problèmes. Je travaille pour *[insérer le nom de l'organisation]*. C'est une organisation qui aide de nombreux enfants. Si tu es accord, j'aimerais que nous parlions aujourd'hui des raisons de ta présence. Cela me permettra de savoir comment je peux t'aider et si je dois te faire rencontrer d'autres personnes qui pourront également s'occuper de toi.

Je veux que tu saches que ce que tu me diras restera entre nous, y compris les notes que je prendrai quand je serai avec toi. Cela veut dire que je ne répéterai à personne ce que tu me diras et que je ne donnerai aucune information sur ta situation, sauf si tu me demandes de le faire ou si je dois partager certaines informations à ton sujet parce que tu es en danger. Il est possible que, pour te protéger, je doive parfois parler de toi à d'autres personnes.

- » Si je m'aperçois que tu cours un grave danger, je serai obligé d'en parler à *[insérer ici le nom de l'organisme concerné]*.
- » Ou si tu me dis que tu as pensé à te blesser gravement, je devrai le dire à la personne qui s'occupe de toi, à tes parents ou à une autre personne adulte en qui tu as confiance.
- » Ou encore si tu me dis que tu as l'intention de faire du mal à quelqu'un d'autre, je dois en parler à mon responsable ou à d'autres personnes qui travaillent avec moi.
- » *[Évoquer les exigences relatives à l'obligation de signalement si elles s'appliquent à votre situation.]*

Je voudrais aussi que tu saches que tu peux décider comment nous devons travailler ensemble.

- » Il n'est pas obligatoire de répondre aux questions que je te pose. Tu peux m'arrêter n'importe quand ou me demander d'aller moins vite.
- » Tu peux parler seulement avec moi ou demander à *[insérer le nom de la personne qui s'occupe de l'enfant]* de rester avec nous. C'est toi qui décides.
- » Tu peux me poser toutes les questions que tu veux. Tu dois aussi m'arrêter si je dis quelque chose que tu ne comprends pas.
- » Tu peux me dire que tu ne veux pas que je t'aide et ça ne me posera pas de problème. Je t'expliquerai comment d'autres personnes peuvent t'aider.
- » Si tu ne veux pas que je prenne de notes, dis-le-moi.

As-tu des questions ? *[Il est important de prévoir du temps pour répondre aux questions éventuelles de l'enfant et de la personne qui s'en occupe, avant d'obtenir leur consentement/ assentiment éclairé et de pouvoir poursuivre l'entretien].*

Est-ce que tu m'autorises à continuer à t'aider ?

- » **Si la réponse est OUI**, les travailleurs sociaux doivent demander à l'enfant et à la personne qui s'en occupe de signer le formulaire de consentement/d'assentiment éclairé.
- » **Si la réponse est NON**, les travailleurs sociaux doivent fournir des renseignements sur les autres services disponibles au sein de la communauté.

ÉTAPE 2 : L'ÉVALUATION ET ÉTAPE 3 : ÉLABORATION D'UN PLAN D'ACTION

Une fois que les travailleurs sociaux ont amené l'enfant ainsi que la personne s'occupant de lui et n'ayant pas commis de violences à bénéficier de services de prise en charge, ils peuvent passer à l'étape n° 2, qui est celle de l'évaluation. Une gestion de cas de qualité repose sur une bonne évaluation. L'évaluation aide le travailleur social à déterminer les services qui peuvent être requis afin de répondre aux besoins de l'enfant ayant subi des violences sexuelles. L'étape n° 3 consiste à discuter avec l'enfant et/ou la personne qui s'occupe de lui/d'elle des services et des actions recommandés : Élaboration d'un plan d'action. Ces deux étapes étant étroitement liées et le plus souvent imbriquées dans le processus de gestion des cas, des orientations sont proposées pour chacune d'entre elles dans cette section.

Dans le cadre de l'étape n° 2, les travailleurs sociaux doivent :

- » Recueillir des informations sur l'enfant et la nature des abus subis ;
- » Évaluer les besoins de l'enfant/de la personne qui s'en occupe.

Dans le cadre de l'étape n° 3, les travailleurs sociaux doivent :

- » Élaborer, avec la participation de l'enfant (et de la personne qui s'en occupe), un plan d'action basé sur les résultats de l'évaluation ;
- » Obtenir le consentement/l'assentiment éclairé en vue de l'orientation vers d'autres services.

Aperçu de l'évaluation

L'entretien d'évaluation initiale a pour but de progresser sans précipitation et sûrement dans la compréhension de la situation de l'enfant et des violences sexuelles qu'il a subies, afin d'identifier ses besoins immédiats et à plus long terme ainsi que ceux de la personne qui s'occupe de lui. Lors de l'évaluation; étape n° 2 du processus de la gestion de cas, les travailleurs sociaux doivent recueillir des informations auprès de l'enfant et de la personne s'occupant de lui et n'ayant pas commis de violences, l'objectif étant :

De caractériser le contexte dans lequel vit l'enfant et dans lequel les violences ont eu lieu. Les travailleurs sociaux devront notamment :

- » S'informer sur la composition de la famille de l'enfant et ses conditions de vie actuelle ;
- » Comprendre ce qui lui est arrivé ;
- » Identifier l'auteur des violences et déterminer s'il peut approcher l'enfant ;
- » Déterminer si l'enfant a déjà été pris en charge et a déjà reçu un traitement.

D'évaluer les besoins potentiels de l'enfant concernant :

- » Les risques de sécurité immédiats ;
- » Les soins et le traitement médical adaptés ;
- » La santé mentale et le bien-être psychosocial, ainsi que le fonctionnement de l'enfant ;
- » Le souhait de l'enfant/la famille de recourir à des services juridiques ;
- » D'autres éléments pertinents.

Comprendre la situation de l'enfant : Après avoir établi un premier contact avec l'enfant et obtenu son assentiment éclairé (étape n° 1 : Présentation et engagement), les travailleurs sociaux doivent chercher à comprendre l'enfant et sa situation, ainsi que les raisons qui incitent l'enfant/la personne qui s'en occupe à rechercher une assistance.

Ce qui suit fournit des suggestions de questions que les travailleurs sociaux peuvent envisager de poser pour définir le contexte dans lequel l'enfant évolue et pour comprendre sa situation :

- » Quel âge a l'enfant ?
- » Quelle est la situation familiale ? Y a-t-il des parents ou d'autres personnes qui s'occupent de l'enfant ? L'enfant vit-il avec les personnes qui s'occupent de lui ? L'enfant est-il actuellement avec une personne qui s'occupe de lui ? Y a-t-il, dans la famille de l'enfant, une personne en qui il a confiance ?
- » Quelles sont les conditions de vie actuelles de l'enfant ?

Il convient de noter que certaines de ces informations peuvent avoir déjà été recueillies au cours de l'étape 1 : Présentation et engagement.

L'intérêt de commencer la séance d'évaluation par ces sujets fondamentaux est d'obtenir des éléments de contexte (c'est-à-dire de compréhension) élémentaires, et néanmoins essentiels, sur l'enfant. Cela permet en outre aux travailleurs sociaux de commencer l'évaluation en posant des questions qui ne sont pas aussi menaçantes ou effrayantes que le seraient des questions qui porteraient tout de suite sur les violences subies par l'enfant.

Approche bienveillante de l'évaluation

Lors de cette étape, les travailleurs sociaux sont souvent amenés à poser des questions, avec douceur, sur les violences sexuelles subies ; cependant, **il n'est pas nécessaire d'obtenir le détail précis des actes commis**. Les questions très détaillées sur les violences sexuelles peuvent être posées une fois qu'une relation sûre et basée sur la confiance s'est instaurée, et uniquement lorsque l'enfant est prêt à partager de tels détails.

Les travailleurs sociaux doivent appliquer de façon rigoureuse les principes de communication relatifs à la manière de poser les questions (voir *chapitre 4*), et doivent rester vigilants afin de détecter tout signe d'inconfort chez l'enfant. Si l'enfant fait comprendre verbalement, ou d'une autre manière, qu'il n'est pas à l'aise pour répondre aux questions ou pour donner des informations sur ce qui lui est arrivé, il est conseillé que les travailleurs sociaux, par respect pour l'enfant, n'insistent pas. Nombreux sont les enfants qui, lorsqu'on leur laisse suffisamment de temps et d'espace pour bâtir une relation de confiance avec les travailleurs sociaux, finissent par s'ouvrir et raconter leur histoire. Si l'enfant n'est pas prêt à répondre à une question spécifique, les travailleurs sociaux peuvent être amenés à dire à l'enfant que « nous pourrions en reparler plus tard », avant d'orienter la conversation vers un sujet moins angoissant.

Si les travailleurs sociaux ne sont pas en mesure d'obtenir les informations nécessaires et doivent procéder à une nouvelle évaluation, ils doivent l'expliquer à l'enfant afin d'apaiser ses craintes et d'éviter qu'il ne pense qu'il est interrogé plusieurs fois, car il n'est pas cru.

Comprendre les circonstances des violences subies : il est essentiel de recueillir certaines informations concernant les violences infligées à l'enfant pour déterminer l'urgence des besoins en matière de santé et de sécurité. D'une manière générale, les travailleurs sociaux doivent évaluer plusieurs facteurs pour comprendre ce qui est arrivé à l'enfant :

- » **La nature des violences** : 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, mais il est crucial de savoir s'il a été fait usage de la force et s'il y a eu pénétration vaginale/anale. Dans de telles circonstances, des soins et un traitement médical immédiats sont vivement recommandés ;
- » **La date du dernier incident** : Il est essentiel de connaître la date du dernier incident pour évaluer l'urgence d'une orientation médicale, et pour pouvoir présenter de façon précise à l'enfant et la personne qui s'en occupe les différentes options médicales. Différents traitements médicaux peuvent être proposés en fonction de la date du dernier incident¹⁰⁴ ;
- » **Identifier l'auteur des faits et déterminer s'il peut approcher l'enfant** : Quel est le lien entre l'auteur des violences et l'enfant survivant et sa famille ? En d'autres termes, l'auteur est-il un proche et, si oui, la proximité relationnelle se traduit-elle par des risques de sécurité ? Cette proximité peut-elle en outre aggraver la détresse de l'enfant et le préjudice subi ?
 - Où est l'auteur (l'enfant ou sa famille peuvent ou non le savoir) et peut-il aisément approcher l'enfant ?
 - Quelle est la profession de l'auteur ? Sa fonction et son autorité peuvent-elles compromettre la sécurité ?
 - Combien y a-t-il d'auteurs ? (Cette information peut être obtenue lors de séances/d'entretiens supplémentaires avec l'enfant survivant, dans le cadre de sa prise en charge globale et de son traitement.)
- » **Déterminer si l'enfant a déjà bénéficié d'une prise en charge** et d'un traitement ;
- » **Toute autre information** révélée par l'enfant.

Évaluation : sécurité

Il s'agit du domaine d'évaluation le plus important. Cette question doit impérativement être traitée avant la fin du premier entretien de l'enfant avec les travailleurs sociaux, et doit être abordée lors des rencontres suivantes. La priorité des travailleurs sociaux est d'évaluer d'une part les besoins de l'enfant en matière de sécurité personnelle, y compris la sécurité physique et psychologique dans l'environnement familial et au sein de la communauté, d'autre part les systèmes de sécurité et de soutien. Cette évaluation doit être conduite avec la participation de l'enfant/de la personne qui s'en occupe. Dans les cas de violences sexuelles visant les enfants, et notamment lorsqu'il s'agit d'actes perpétrés au sein du foyer ou par un membre de la famille, les travailleurs sociaux doivent demander en privé à l'enfant (s'il a au moins 6 ans) s'il est inquiet pour sa sécurité et, si oui, pour quelles raisons. Cela permet aux enfants de s'exprimer hors de la présence des parents/des personnes qui s'en occupent, et aux travailleurs sociaux d'obtenir des informations qu'il n'aurait peut-être pas été possible d'obtenir autrement. Si les enfants refusent de s'entretenir seuls avec les travailleurs sociaux, ou si les enfants et les personnes qui s'en occupent semblent angoissés ou agités, les travailleurs sociaux doivent faire preuve de discernement pour décider s'il faut ou non poursuivre ensemble l'évaluation de la sécurité.

La question la plus importante à laquelle les travailleurs sociaux doivent répondre au cours de l'évaluation de la sécurité est de savoir si les enfants sont à l'abri de nouvelles violences. Les informations recueillies sur l'auteur des violences au cours de la phase de l'évaluation initiale les aideront à répondre à cette question. En complément, les travailleurs sociaux doivent évaluer :

¹⁰⁴ Remarque : l'enfant peut avoir subi de multiples violences sexuelles. Les questions liées aux antécédents de violences subies ne doivent être posées que lorsque les besoins immédiats associés aux violences faisant l'objet de la gestion de cas ont été définis. Les enfants ne doivent pas être forcés, au cours de l'entretien initial, de raconter toutes les violences qu'ils ont subies, car cela peut provoquer une détresse émotionnelle et psychologique.

- » **Le sentiment de sécurité personnelle de l'enfant au sein du foyer.** Exemples de questions :
 - « Y a-t-il une personne dont tu as peur à la maison ? »
 - « Quand tu es à la maison, est-ce que tu as peur qu'on te fasse du mal ? »
 - « Est-ce que la personne qui te fait du mal vient chez toi ? »

- » **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, où ?] ? »
 - « Comment est-ce que ça se passe à l'école ? »
 - « Te sens-tu en sécurité à l'école ? »

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

Considérations particulières relatives à l'évaluation de la sécurité

Lorsque l'auteur est un parent proche de sexe masculin : si les violences sexuelles ont été commises par un parent proche de sexe masculin, les travailleurs sociaux doivent rechercher d'autres types de violences, y compris la violence au sein du couple, la violence physique et/ou la négligence grave.

Lorsque l'auteur est le mari d'une adolescente : dans les cas de violences sexuelles visant une adolescente mariée, les travailleurs sociaux doivent avoir connaissance du degré de contrôle et de participation au processus de prise de décision traditionnellement détenu par l'époux et sa famille. Ils doivent également envisager la possibilité d'une violence de longue date au sein du couple, échappant au seul cadre des viols conjugaux, ou de toute autre forme de violences sexuelles pour lesquelles l'adolescente pourrait avoir besoin d'une assistance. Les considérations particulières à prendre en compte peuvent être :

- » Les autres formes de violence qui peuvent exister au sein du foyer ;
- » La présence, en plus du mari, d'autres personnes au sein du foyer ;
- » Si l'adolescente est mère, ses inquiétudes pour la sécurité de ses enfants ainsi que ses craintes que la recherche de services ne l'amène à être séparée d'eux ;
- » La présence d'une personne pouvant tenir lieu, pour l'adolescente, d'adulte de confiance ;
- » Ses relations avec ses parents, les conditions dans lesquelles elle peut faire appel à eux et le soutien qu'elle peut, ou non, attendre d'eux dans le cadre de sa démarche de recherche d'assistance.

Lorsque la personne survivante est un très jeune enfant : Si les violences sexuelles ont été commises sur un enfant en bas âge, l'auteur est le plus souvent connu de lui et peut l'approcher aisément, même après qu'une personne s'occupant de l'enfant et n'ayant pas commis de violences a sollicité une assistance. En outre, il est possible que la personne qui s'occupe de l'enfant ne sache pas qui est l'auteur ni même que l'enfant a subi des violences sexuelles lorsqu'elle entreprend de rechercher une assistance. Il se peut qu'elle s'engage dans cette recherche parce qu'elle pense avoir besoin d'aide pour faire face au changement de comportement de l'enfant et n'arrive pas à en comprendre les raisons.

Élaboration d'un plan d'action : sécurité

La planification de la sécurité est une démarche favorisant l'autonomisation de l'enfant qui vise à l'encourager à s'investir dans la résolution de problèmes et l'élaboration d'un plan d'action en s'appuyant sur ses propres points forts et facteurs de protection. En fonction des risques identifiés pour la sécurité des enfants et/ou des personnes qui s'en occupent, les travailleurs sociaux doivent élaborer un plan d'action prévoyant de les orienter vers des services de protection et de sécurité, ainsi qu'un plan de sécurité individuel (dans le cadre de l'*étape 3 : Élaboration d'un plan d'action*). Si un enfant n'est pas en sécurité, un plan d'action doit être mis en place avant la fin du premier entretien avec l'enfant et la personne qui s'en occupe. Les travailleurs sociaux peuvent être amenés à déterminer si une solution de protection alternative doit être mise en place, en recherchant tout d'abord des solutions auprès d'autres membres de la famille ou d'amis (si cela peut se faire en toute sécurité), puis en faisant appel aux services d'hébergement temporaire, publics ou autres.

Les outils de planification de la sécurité peuvent aider les travailleurs sociaux à rendre la planification visuelle, tangible et concrète. Ces directives présentent des exemples d'*outils de planification de la sécurité* pour les enfants plus âgés et plus jeunes.

Les enfants étant exposés à des risques de sécurité qui augmentent ou diminuent au fil du temps, un plan de sécurité devra être révisé dans le cadre de l'*étape 5 (Suivi)*.

Évaluation : Besoins sanitaires/médicaux

Les viols et les violences sexuelles ont des conséquences sur la santé physique, mentale, sexuelle et reproductive des enfants. Les violences sexuelles commises durant l'enfance peuvent avoir des conséquences à long terme et des effets néfastes sur la santé de l'adulte. En l'absence de traitement médical, les violences sexuelles peuvent être mortelles ou entraîner des problèmes de santé chroniques. Par conséquent, il est primordial, lors de l'évaluation, de déterminer si une orientation médicale est nécessaire. Les travailleurs sociaux sont chargés d'évaluer les besoins immédiats en matière de santé des enfants survivants, d'informer ces enfants et les personnes s'occupant d'eux et n'ayant pas commis de violences sur les services sanitaires disponibles, quel que soit le moment où l'incident s'est produit, d'orienter les enfants qui ont subi des violences sexuelles vers des services de santé après avoir obtenu leur consentement/ assentiment éclairé, et, si nécessaire, de les accompagner, ainsi que les personnes s'occupant d'eux et n'ayant pas commis de violences, dans ces établissements de santé.

Une évaluation sérieuse des besoins sanitaires nécessite de comprendre le type et la qualité des services de santé disponibles, la législation en vigueur concernant l'accès à ces services (c'est-à-dire toute éventuelle obligation de signalement), et la nature des prestations de services de santé auxquelles les enfants survivants peuvent s'attendre. Par ailleurs, les travailleurs sociaux doivent être conscients que le paramètre « temps » est fondamental pour certains types de services de santé. Pendant les phases d'évaluation initiales, lorsque les travailleurs sociaux recueillent auprès des enfants survivants ou des personnes qui s'en occupent des informations sur les circonstances dans lesquelles les violences sexuelles ont eu lieu, ils doivent être attentifs aux points suivants :

- » Nature de l'agression – si l'agression a inclus un contact physique et, plus spécifiquement, s'il y a eu pénétration vaginale ou anale, il faudra très vraisemblablement agir immédiatement ;
- » Présence de blessures et/ou de douleurs qui peuvent laisser supposer qu'il y a eu contact physique et pénétration ;
- » Date de l'agression – si l'agression la plus récente s'est produite dans les 72 à 120 heures avant le signalement.

Les travailleurs sociaux peuvent également être amenés à poser des questions supplémentaires au cours de cette partie de l'évaluation afin de déterminer si l'enfant survivant doit faire l'objet d'une orientation médicale et, dans l'affirmative, avec quel degré d'urgence.

Besoins médicaux potentiellement urgents qui exigent une intervention immédiate :

Risque d'infection par le VIH : Si l'agression la plus récente a inclus un contact physique et plus particulièrement une pénétration vaginale ou anale et qu'elle a eu lieu au maximum 72 heures avant le signalement, l'enfant survivant peut être orienté vers des services de santé afin de recevoir un traitement prophylactique post-exposition contre le VIH dans un délai de 3 jours (72 heures). 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.

Risque de grossesse : Si l'agression a comporté une pénétration vaginale, le risque de grossesse non désirée peut être réduit si la survivante est orientée vers des services de santé pour recevoir une contraception d'urgence dans un délai de 5 jours (120 heures) après l'agression. Un test de grossesse peut être effectué une semaine après l'agression. Si l'agression a entraîné une grossesse, les solutions envisageables doivent être abordées, conformément à la législation en vigueur dans le pays.

Risques liés à d'autres maladies sexuellement transmissibles : Le risque de contracter une maladie sexuellement transmissible (MST) existe aussi bien chez les filles que chez les garçons. Les MST telles que la chlamydie, la gonorrhée, la syphilis et l'herpès génital doivent être traitées à l'aide d'antibiotiques, faute de quoi elles peuvent conduire à une maladie chronique ou à l'infertilité. Il n'y a pas de laps de temps à ne pas dépasser pour recevoir un traitement présomptif des MST ; néanmoins, plus le traitement est administré tôt, plus il est efficace.

Prise en charge clinique des enfants ayant subi des violences sexuelles

Selon les circonstances, certains enfants survivants peuvent avoir besoin d'une prise en charge clinique pour traiter et atténuer les conséquences physiques immédiates des violences sexuelles.

Les protocoles et les services de prise en charge clinique des enfants ayant subi des violences sexuelles doivent suivre les orientations de l'OMS, [telles que détaillées dans le document *Prise en charge clinique des survivantes de viol et de violence exercée par un partenaire intime : élaboration de protocoles à adopter dans les situations de crise humanitaire*](#) (2020). Ces orientations définissent les normes des services de prise en charge qui doivent être disponibles et fournis aux survivants de violences sexuelles et de violences au sein du couple dans les situations de crise humanitaire. Elles s'adressent aux prestataires de soins de santé qualifiés (médecins, cliniciens, sages-femmes et personnel infirmier) qui travaillent en situation d'urgence humanitaire ou dans des contextes similaires.

Les travailleurs sociaux peuvent, avant d'orienter l'enfant survivant, favoriser son accès à de tels services, en ayant connaissance de leur qualité et en expliquant à l'enfant ce à quoi il peut s'attendre. Les travailleurs sociaux peuvent également informer leur superviseur lorsqu'ils constatent que des professionnels de santé ne respectent pas les protocoles et les meilleures pratiques en matière de prise en charge clinique (par exemple lorsqu'un professionnel signale un cas aux autorités avant de fournir des soins, même si cela n'est pas requis par la loi).

Blessures graves ou douleurs aiguës : En fonction de la gravité et de la nature des blessures (fractures, plaies ou lésions internes), une prise en charge médicale d'urgence peut être recommandée afin de stabiliser l'état de santé et d'administrer un traitement. Certaines lésions graves et engageant le pronostic vital sont difficiles à détecter, car elles peuvent ne pas être visibles ou ne pas provoquer de douleurs (hémorragie interne intestinale ou cérébrale, fistule, etc.).

Recueil d'éléments de preuve : Lorsque la personne survivante souhaite que des preuves soient recueillies pour des raisons légales, il est important de procéder à un examen médical et de consigner les résultats dans les meilleurs délais (sous 72 heures). Il faut noter que le recueil d'éléments de preuve n'a pas lieu d'être s'il n'existe pas de procédures médico-légales clairement définies ou si les ressources disponibles ne permettent pas de mettre les preuves en évidence.

Autres besoins médicaux qui peuvent nécessiter un traitement :

- » Le risque d'infection par le virus de l'hépatite B et par le tétanos, pathologies pour lesquelles des vaccins et des traitements prophylactiques peuvent être administrés s'il y a eu exposition au risque et si la vaccination de la personne exposée n'est pas à jour ;
- » L'incontinence urinaire ou fécale peut traduire des complications sévères à la suite d'une blessure, par exemple une fistule ou une lésion du sphincter anal nécessitant une intervention chirurgicale ;
- » Un examen physique et un examen des parties génitales externes peuvent s'avérer nécessaires pour évaluer la gravité des blessures ; L'examen physique peut en outre être rassurant pour la personne survivante qui souhaite être sûre qu'elle n'a pas de problèmes physiques, de lésions internes, ni d'infections.

Au cours de l'évaluation, les travailleurs sociaux doivent également chercher à comprendre :

- » Si l'enfant s'est déjà rendu dans des services de santé et quels services lui ont été fournis ;
- » De quels soins et traitements médicaux liés aux violences subies la personne survivante fait l'objet, et quelles sont les visites de suivi prévues.

Élaboration d'un plan d'action : santé et prise en charge médicale

L'élaboration d'un plan d'action afin de répondre aux besoins médicaux porte essentiellement sur la fourniture d'informations sur les services disponibles à l'enfant et/ou à la personne qui s'en occupe, la manière dont ces services peuvent répondre aux besoins identifiés, les risques/conséquences découlant de l'accès à ces services, et ce à quoi l'enfant survivant peut s'attendre lorsqu'il bénéficie de ces services.

Pour les enfants survivants et les personnes qui s'en occupent, les informations et les explications claires sur les processus, le respect de la vie privée et de la confidentialité, la fourniture de services qui inspirent la confiance et donnent la priorité à la sécurité et aux besoins de l'enfant ou de l'adolescent sans porter de jugement constituent les aspects fondamentaux des soins de santé reçus¹⁰⁵. Les travailleurs sociaux ont un rôle à jouer pour faciliter l'accès aux services de santé en préparant l'enfant survivant et la personne qui s'en occupe à ces services, et en sollicitant leur consentement éclairé pour une orientation.

¹⁰⁵ Broaddus-Shea, E. et al., « [A review of literature on good practice considerations for initial health system response to child and adolescent sexual abuse](#) », *Child Abuse & Neglect*, 116, 2021.

Communiquer les informations : Les travailleurs sociaux doivent pouvoir expliquer à l'enfant et à la personne qui s'en occupe, en des termes adaptés à l'enfant, que :

- » Les services de santé sexuelle les plus complets peuvent être reçus dans les 72 heures suivant les violences sexuelles subies ;
- » Certains services de santé sexuelle (mais pas tous) peuvent être reçus dans les 120 heures suivant les violences ;
- » Il importe, même des semaines ou des mois après la survenue des violences sexuelles, de proposer une orientation vers des services de santé, car le temps n'a d'incidence que sur certains de ces services ;
- » Pour tout examen physique, y compris pour un examen médico-légal réalisé en vue de recueillir des éléments de preuve, l'enfant a le droit :
 - De décider qui peut assister à l'examen ;
 - De décider qui va réaliser l'examen (un praticien homme ou femme) ;
 - De choisir où et comment l'examen va se passer : sur les genoux de la personne de confiance qui s'occupe de l'enfant, sur une chaise, sur une table d'examen, etc. ;
 - D'avoir des explications sur la manière dont chacune des étapes de l'examen va se dérouler ;
 - De conditionner la réalisation des différents processus et étapes de l'examen à son consentement/ assentiment éclairé ;
 - D'interrompre l'examen à tout moment.

Textes types pour la préparation d'un enfant aux services de santé (en particulier à certains aspects de la prise en charge clinique)

Lorsque tu iras à la clinique, tu rencontreras un/une [insérer ici le point focal en charge de la prise en charge clinique de l'enfant]. Ton/ta [personne s'occupant de l'enfant et n'ayant pas commis de violences ou toute autre personne de confiance déjà identifiée] pourra t'accompagner et rester avec toi pendant la consultation avec le/la [point focal], mais il se peut que le/la [point focal] veuille ne parler qu'à toi pendant quelques minutes. La personne que tu rencontreras t'expliquera tout, te posera des questions pour mieux te connaître, pour mieux comprendre ce qui s'est passé, et pour trouver comment te soigner le mieux possible. Il se peut qu'elle demande à t'examiner, à voir ton corps pour savoir si tu es en bonne santé et si tu vas bien. Cela ne te fera pas mal. Cette personne te proposera peut-être des médicaments pour t'aider à rester en bonne santé. As-tu des questions sur la personne que tu vas rencontrer ou sur ce qui va se passer à la clinique ?

Surmonter les difficultés couramment observées dans le cadre des procédures d'orientation :

L'un des rôles des travailleurs sociaux consiste à discuter des risques et des inquiétudes liés à l'accès aux services de santé. Parmi les obstacles possibles à la recherche et à l'obtention de soins, il est possible de mentionner les points suivants, qui peuvent être porteurs de risques :

- » Les attitudes, les convictions et les préjugés des travailleurs sociaux vis-à-vis des enfants ayant subi des violences sexuelles ;
- » Le manque de formation aux principes de l'approche centrée sur l'enfant survivant et fondée sur son investissement ;
- » Une capacité limitée à répondre aux besoins uniques de chaque enfant ayant subi des violences sexuelles ou la méconnaissance du fait que ces besoins sont spécifiques à chaque enfant ;
- » Les contraintes liées aux lois et procédures relatives à l'obligation de signalement.

En fonction de la qualité des services de santé, les travailleurs sociaux pourront être amenés à expliquer à l'enfant et/ou à la personne qui s'en occupe que les professionnels de santé ne seront peut-être pas formés pour assurer une prestation de services centrée sur l'enfant. Ils devront alors discuter avec l'enfant et la personne qui s'en occupe de la manière d'aborder la situation. En voici quelques exemples :

- » Les travailleurs sociaux peuvent-ils accompagner les enfants survivants ?
- » Y a-t-il une autre personne qui peut accompagner l'enfant et qui se sent capable de faire valoir les droits et les besoins de l'enfant ?
- » Y a-t-il une raison pour laquelle l'enfant et/ou la personne qui s'en occupe pourraient décider d'interrompre les services ?

Obligation de signalement : Dans certains contextes, les lois relatives à l'obligation de signalement conditionnent la prise en charge médicale à la soumission préalable de documents

aux autorités compétentes. Les lois peuvent également prévoir que les professionnels de santé qui ne respectent pas l'obligation de signalement se voient retirer leur licence ou le droit d'exercer leur activité. Même lorsque ces lois admettent certaines exemptions ou ont été abrogées, il arrive que des professionnels de santé l'ignorent et pensent que le signalement est toujours obligatoire. Dans ces cas précis, il est important que les travailleurs sociaux informent l'enfant et la personne qui s'en occupe avant de les orienter vers un service, qu'ils leur expliquent les conséquences possibles d'un signalement obligatoire et qu'ils élaborent un plan de sécurité pour s'y préparer.

Attitudes des professionnels de la santé à l'égard des adolescentes

À l'instar d'autres prestataires de services, il arrive que les professionnels de la santé aient certains préjugés à l'égard des adolescentes, ce qui peut donner lieu à des actions particulièrement inappropriées et aggraver le préjudice subi par ces survivantes. Les adolescentes peuvent faire l'objet de reproches de la part de leurs parents, des personnes qui s'en occupent et des prestataires de services, et en éprouver de la honte. La stigmatisation associée aux rapports sexuels peut conduire les prestataires de soins de santé et les parents ou les personnes qui s'occupent des adolescentes à se montrer réticents à leur fournir tous les services de santé reproductive disponibles lorsqu'elles cherchent à bénéficier des services de gestion clinique des victimes de viol. Les préjugés des professionnels de santé peuvent également se doubler de pratiques coutumières qui encouragent le mariage forcé des enfants ou le mariage précoce avec l'auteur des violences, ou qui contraignent les filles à se soumettre à des tests de virginité. Le fait qu'un professionnel de santé adhère à de telles pratiques augmente le risque qu'il fasse appel à la justice coutumière, aux chefs communautaires ou à la police, et qu'il les mobilise au détriment de l'intérêt supérieur et des souhaits des adolescentes et des personnes qui s'en occupent.

Les travailleurs sociaux doivent discuter avec les adolescentes et les personnes s'occupant d'elles et n'ayant pas commis de violences des attitudes, préjugés et préjudices que les actions des professionnels de santé pourraient entraîner dans de telles circonstances.

Les lois relatives à l'obligation de signalement peuvent exiger des éléments de preuve. Une loi peut en particulier prévoir que l'ensemble des éléments de preuve soit recueilli avant que des services complets de prise en charge puissent être fournis. Les enfants concernés par de telles lois et les personnes qui s'occupent de ces enfants doivent en être informés dès que possible, à moins que la nécessité de recourir à des services d'urgence n'en laisse pas la possibilité.

Évaluation : besoins psychosociaux

Les services de SMSPS sont essentiels pour que les enfants qui ont subi des violences sexuelles puissent guérir et continuer à développer des stratégies d'adaptation qui les aideront à se rétablir. Il est important, en situation de crise humanitaire, que les programmes de SMSPS pour les survivants, les familles et les communautés adoptent une approche intégrée visant à renforcer la résilience des enfants¹⁰⁶. Une telle approche intégrée souligne l'importance des activités de SMSPS qui promeuvent la résilience et soutiennent les stratégies d'adaptation en faveur des enfants, de leur famille et de leur communauté, même si elle n'exclut pas la non-disponibilité de certains services de santé mentale spécialisés. Les travailleurs sociaux peuvent tenir à la fois le rôle de premiers prestataires de services à rencontrer les enfants qui ont subi des violences sexuelles et de prestataires de services ayant le plus d'expérience et étant les mieux formés pour répondre à leurs besoins en matière de SMSPS. Par conséquent, les services de SMSPS qu'ils fournissent (au niveau 2 de la pyramide des interventions de SMSPS : Dispositifs de soutien communautaires et familiaux, et au niveau 3 : Dispositifs de soutien ciblés, non spécialisés) sont cruciaux pour le rétablissement de l'enfant.

Les interventions de SMSPS doivent permettre de répondre aux besoins mentaux, émotionnels, sociaux et spirituels des enfants survivants et des personnes qui s'en occupent/de leur famille. Elles doivent mobiliser des ressources internes et externes pour aider les enfants et les personnes qui s'en occupent/leur famille à faire face aux situations difficiles.

La gestion de cas, lorsqu'elle repose sur une approche centrée sur les enfants survivants, favorise la santé mentale et le bien-être psychosocial, et peut être considérée comme une forme de SMSPS. En fournissant une assistance sans porter de jugement, en reconnaissant la légitimité de l'expérience vécue par l'enfant et en facilitant l'accès aux ressources, les travailleurs sociaux contribuent au rétablissement de l'enfant survivant¹⁰⁷. Les travailleurs sociaux sont bien placés, dans la continuité du processus initial de gestion de cas, pour assurer des interventions élémentaires de SMSPS auprès des enfants survivants et des personnes qui s'en occupent. La gestion de cas constitue aussi une méthode importante pour aider les survivants à accéder à d'autres programmes et ressources en matière de SMSPS au sein de leur communauté.

Évaluation PES des besoins en matière de santé mentale et de soutien psychosocial

Une fois l'évaluation initiale réalisée et les actions pour répondre aux besoins immédiats mises en place (en matière de sécurité et de santé notamment), les travailleurs sociaux peuvent commencer à évaluer les besoins plus spécifiques en matière de santé mentale et de soutien psychosocial. Les travailleurs sociaux peuvent consulter le document *CCS Mental Health and Psychosocial Needs Assessment (Évaluation PES des besoins en matière de santé mentale et de soutien psychosocial)* pour se familiariser avec l'environnement social et familial de l'enfant, évaluer son bien-être psychosocial et identifier ses points forts.

¹⁰⁶ Comité permanent interorganisations, *Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence*, CPI, 2007.

¹⁰⁷ Garcia-Moreno et al., « The health-systems response to violence against women », *The Lancet*, vol. 385, N° 9977, 2014.

Éléments à prendre en considération avant de mener l'évaluation des besoins en matière de santé mentale et de soutien psychosocial : les travailleurs sociaux doivent déterminer si les enfants sont en mesure de participer à l'évaluation de leurs besoins en matière de santé mentale et de soutien psychosocial en fonction de leur aptitude à comprendre le contexte et de leur souhait de participer ou non à cet examen. En règle générale, seuls les enfants âgés de 8 ans et plus font l'objet d'évaluations sur les besoins en matière de santé mentale et de soutien psychosocial. Les travailleurs sociaux doivent aussi décider s'il convient ou non de faire participer aux évaluations les personnes qui s'occupent des enfants ou d'autres adultes de confiance, et, le cas échéant, définir les modalités de leur participation. L'identification de l'éventuelle personne la mieux placée pour participer à l'évaluation de l'enfant et de sa famille nécessite des informations spécifiques qui auront probablement été collectées au cours des premières étapes de la gestion de cas. Les travailleurs sociaux peuvent par exemple envisager la présence :

- » D'un parent/d'une personne s'occupant de l'enfant et n'ayant pas commis de violences, l'un comme l'autre souhaitant lui apporter son soutien ;
- » De la personne qui a orienté l'enfant vers eux, en tenant compte du lien qui les unit ;
- » De personnes directement désignées par l'enfant comme des adultes de confiance, ou de personnes qui passent un temps significatif avec l'enfant.

Le formulaire « *Évaluation des besoins en matière de santé mentale et de soutien psychosocial* » guide les travailleurs sociaux pour mieux comprendre la situation de l'enfant, et plus précisément :

- » Le contexte familial et social, y compris la relation parent/enfant ;
- » Le bien-être et le fonctionnement de l'enfant au jour le jour ;
- » Les sentiments et les opinions qu'ont les personnes qui s'occupent de l'enfant à son égard et au sujet des violences sexuelles subies ;
- » Les points forts de l'enfant et de sa famille ;
- » D'éventuels autres problèmes de sécurité pouvant être abordés dans le cadre des services fournis.

Les instructions détaillées et les facteurs à prendre en compte sont inclus dans le formulaire en annexe.

Élaboration d'un plan d'action : interventions de SMSPS

Les travailleurs sociaux peuvent assurer différents types d'interventions courantes et efficaces pour aider les enfants à faire face aux difficultés liées à la santé mentale et au bien-être psychosocial qui ont été identifiées au cours de l'évaluation. Ces interventions ne nécessitent ni une longue formation ni une grande expertise dans le domaine de la santé mentale. Ce qui suit en fournit quelques exemples :

- » Éducation thérapeutique ;
- » Apprentissage de la relaxation ;
- » Identification des capacités d'adaptation et formation ;
- » Résolution de problèmes.

Chacune de ces interventions suppose la mobilisation de ressources humaines et financières spécifiques, ainsi qu'un certain degré de formation et de supervision des prestataires (remarque : les superviseurs n'ont pas besoin d'être spécialisés dans le domaine de la santé mentale pour assurer une supervision adéquate). Par ailleurs, ces interventions sont communément utilisées en complément de services globaux de gestion de cas, et ne sont pas destinées à les remplacer. Elles sont généralement intégrées dans le processus de gestion de cas.

Le tableau 6.2 propose une vue d'ensemble de chaque intervention en indiquant les bénéficiaires ciblés, les objectifs ainsi que la formation et les conseils de supervision nécessaires pour faciliter sa mise en œuvre. Des instructions pour la mise en œuvre de chaque intervention figurent parmi les outils proposés à la fin de ce chapitre.

Tableau 6.2 : interventions de SMSPS

Intervention	Bénéficiaires ciblés	Objectifs	Formation requise	Nature de la supervision
<u>Éducation thérapeutique</u> ¹⁰⁸	Enfants âgés de 5-6 ans et plus, selon leur niveau de maturité, et personnes qui s'occupent d'eux.	Comprendre les conséquences des violences sexuelles. Apprendre à se protéger à l'avenir et à gérer les réactions émotionnelles et physiques provoquées par les violences sexuelles.	Connaissances techniques de haut niveau sur les violences sexuelles commises sur des enfants. 1 à 3 jours de formation selon les compétences et l'expérience déjà acquises.	À inclure dans les séances de supervision en cours. Vérifications spécifiques des plans de renforcement des capacités.
<u>Apprentissage de la relaxation</u>	Selon l'exercice, enfants âgés de 2 ans et plus, et personnes qui s'occupent d'eux.	S'adapter au stress et en atténuer les effets physiologiques tels que l'accélération du rythme cardiaque, les palpitations, les troubles du sommeil et de la concentration, la colère, l'anxiété, etc ¹⁰⁹ .	Séances de mise en situation incluant une explication de l'exercice, la présentation de ses objectifs, une application pratique de l'exercice, un exercice d'entraînement et une phase de réflexion.	Supervision des exercices pratiques. Faire le point sur les conditions de mise en œuvre au cours des activités de supervision de routine.
<u>Stratégie d'adaptation</u>	Enfants et adolescents (10 ans et plus) Possibilité, si son niveau de maturité et ses capacités le permettent, de mobiliser un enfant plus jeune avec la participation de la personne qui s'en occupe.	Aider l'enfant à identifier et à élaborer ses propres stratégies d'adaptation, y compris des techniques pour rester calme, reconnaître les moments où il a besoin de soutien et faire face aux émotions difficiles à maîtriser.	Pratique encadrée.	Observation et retour d'informations par le biais de conseils pratiques. Réflexions sur la mise en œuvre.

¹⁰⁸ IRC et UNICEF, [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](#), IRC et UNICEF, 2012.

« Éducation thérapeutique » correspond au terme anglais « healing education » qui a été préféré à « psychoéducation », terme technique consacré, dans le cadre des programmes PES pilotes liés au guide original. Ce choix a été justifié par le fait que « healing education » était plus facile à traduire et ses traductions plus faciles à comprendre dans d'autres langues. Dans un souci de cohérence, c'est toujours le terme « healing education », et donc « éducation thérapeutique », qui est utilisé dans la deuxième version du guide PES (PES 2.0).

¹⁰⁹ McNeil, D. W. et Lawrence, S., « [Relaxation Training](#) » dans Hersen, M. et Sledge, W. (dir.), *Encyclopedia of Psychotherapy*, Elsevier Academic Press, 2002.

<p><u>Résolution de problèmes</u></p>	<p>Enfants et adolescents (10 ans et plus) Possibilité, si son niveau de maturité et ses capacités le permettent, de mobiliser un enfant plus jeune avec la participation de la personne qui s'en occupe.</p>	<p>Individus capables d'identifier et de résoudre les problèmes causés par les facteurs de stress, et d'améliorer ainsi globalement leur qualité de vie¹¹⁰.</p>	<p>Pratique encadrée.</p>	<p>Observation et retour d'informations par le biais de conseils pratiques.</p> <p>Réflexions sur la mise en œuvre.</p>
--	---	--	---------------------------	---

Autres activités : Chacune des interventions présentées dans cette section nécessite peu de ressources supplémentaires, de temps et de formation. Cependant, cela n'est pas vrai pour toutes les activités de SMSPS qu'une équipe de gestion de cas pourra trouver utile de mettre en œuvre avec des enfants ayant subi des violences sexuelles. Diverses ressources existent pour aider les équipes à intégrer correctement les services de SMSPS dans leurs programmes. Pour les acteurs de la protection de l'enfance et des violences basées sur le genre qui travaillent avec des enfants survivants, ces ressources comprennent :

- » Normes minimales interorganisations pour la programmation d'actions de lutte contre les violences basées sur le genre dans les situations d'urgence ;
- » Standards minimums pour la protection de l'enfance dans l'action humanitaire ;
- » [Santé mentale et soutien psychosocial – Ensemble minimum de services.](#)

¹¹⁰ Nezu, A. M., Maguth Nezu, C. et D'Zurilla, T., [Problem-Solving Therapy: A Treatment Manual](#). Publications Springer, 2012.

ÉTAPE 4 : MISE EN ŒUVRE

Dans le cadre de cette étape, les travailleurs sociaux doivent :

- » Assister les enfants et défendre leur droit de bénéficier de services de qualité ;
- » Fournir directement des services (de santé mentale et de soutien psychosocial) si cela est opportun ;
- » Respecter toute procédure relative à l'obligation de signalement en tenant compte de l'intérêt supérieur de l'enfant ;
- » Diriger la coordination de la prise en charge.

Une fois l'évaluation initiale effectuée et le plan d'action élaboré, ce dernier peut être mis en œuvre. Généralement, les enfants et les familles ont besoin d'être aidés pour accéder à d'autres services (et notamment pour être orientés vers des services destinés à assurer la sécurité ou des services de soins médicaux). Dans de nombreux contextes, les travailleurs sociaux fournissent directement des services de SMSPS et de nature similaire, mais orientent également les enfants et familles vers d'autres organismes.

Assister les enfants et défendre leur droit de bénéficier de services de qualité

Sur la base du plan d'action élaboré avec la participation de l'enfant, les travailleurs sociaux doivent faire en sorte que les services nécessaires soient mobilisés. Plusieurs possibilités s'offrent à eux pour aider l'enfant et la personne qui s'en occupe à bénéficier de ces services, et notamment :

- » Accompagner les enfants/les personnes qui s'occupent d'eux au commissariat de police, chez les prestataires de santé et dans d'autres services ;
- » Plaider en faveur de l'enfant ; notamment (exemples les plus courants) :
 - Auprès de la police et du personnel de sécurité pour adopter les mesures de protection adéquates.
 - Pour obtenir des soins et des traitements médicaux de qualité et attentionnés.
 - Pour que les avis et les opinions des enfants soient pris en compte dans les actions qui affectent leur vie et leur bien-être ;
- » Rencontrer les prestataires de services (tels que les professionnels de santé) afin d'expliquer ce qui s'est passé et de fournir des informations sur les violences sexuelles pour que l'enfant n'ait pas à faire plusieurs fois le récit de son histoire (la nature des informations pouvant être partagées devra avoir déjà été discutée avec l'enfant lors de l'élaboration du plan d'action).

Fournir directement des services (de santé mentale et de soutien psychosocial)

Certains organismes offrent à la fois des services de gestion de cas et des prestations de SMSPS, et les travailleurs sociaux dépendant de ces organismes peuvent être eux-mêmes directement chargés de fournir ces prestations. Les interventions directes de SMSPS, telles que celles décrites dans la section précédente, sont des prestations directement assurées par les travailleurs sociaux en faveur de l'enfant et/ou de sa famille.

Respecter les procédures relatives à l'obligation de signalement

Les travailleurs sociaux se doivent de respecter les procédures relatives à l'obligation de signalement qui peuvent s'appliquer dans un contexte donné. Les exigences relatives à l'obligation de signalement doivent avoir été préalablement expliquées à l'enfant et à la personne qui s'en occupe pour obtenir leur consentement éclairé et lors de l'élaboration du plan d'action. L'enfant et la personne qui s'en occupe doivent bien comprendre la démarche et les procédures. *Comme indiqué dans le chapitre 5*, les décisions relatives à l'obligation de signalement doivent être prises avec l'enfant et la personne qui s'en occupe en adoptant une approche centrée sur l'enfant survivant, en préservant au mieux son intérêt supérieur et en respectant le principe « ne pas nuire ». Des mesures d'atténuation des risques et de sécurité doivent être mises en place pour protéger l'enfant et la personne qui s'en occupe avant tout signalement.

Diriger la coordination de la prise en charge

C'est aux travailleurs sociaux que revient la responsabilité de diriger la coordination de la prise en charge de l'enfant survivant. Les activités de coordination incluent en particulier l'organisation de l'accès aux services, l'élimination d'obstacles à l'obtention de services, la mise en relation et toute autre activité mentionnée dans les notes de suivi des progrès réalisés. Les stratégies de coordination spécifiques à la gestion de cas conforme à l'approche PES doivent être définies à un niveau organisationnel ou sectoriel, et sont détaillées au *chapitre 8 : Coordination*. Toutefois, il existe des mécanismes spécifiques auxquels les travailleurs sociaux, dans certains cas particuliers, peuvent avoir recours pour assurer la coordination de la prise en charge. On peut notamment citer :

- » **Consultations d'étude de cas** : système utile pour obtenir du soutien et des conseils auprès d'un supérieur, d'un travailleur social plus expérimenté ou d'un autre prestataire sur un point particulier d'une affaire (par exemple, lorsque celle-ci concerne à la fois la protection de l'enfance et les violences basées sur le genre). Ce mécanisme est plus spécialement recommandé lorsque l'équipe chargée de la gestion du cas pour lequel il est activé n'a pas toutes les compétences requises et peut tirer profit de l'avis de l'expert consulté ;
- » **Réunions d'examen des cas** : Ces réunions régulières donnent la possibilité à plusieurs prestataires de service d'examiner les plans d'action définis pour les cas complexes et à haut risque. Ces réunions peuvent être particulièrement utiles pour les situations dans lesquelles les besoins d'un enfant ne sont pas satisfaits, pour identifier ou traiter des problèmes chroniques de coordination entre les prestataires de services, et pour proposer à l'enfant des services plus complets, mieux coordonnés et mieux intégrés.

Le tableau 6.3 présente ces deux mécanismes en fournissant des détails sur les participants, sur leur fréquence et sur les questions relatives à la protection de la vie privée et des données.

Tableau 6.3 : Caractéristiques des consultations et des réunions d'examen des cas

Type de réunion	Consultation d'étude de cas	Réunion d'examen des cas
Quel est l'objectif ?	Obtenir l'assistance et les conseils d'un superviseur, d'un travailleur social plus expérimenté ou d'un autre prestataire sur une question particulière concernant un enfant survivant. Une telle consultation est particulièrement recommandée lorsque l'équipe chargée de la gestion de cas n'a pas toutes les compétences requises et peut tirer profit de l'avis de l'expert consulté.	Donner la possibilité à plusieurs prestataires de service d'examiner les plans d'action définis pour les cas complexes et à haut risque. Peuvent être particulièrement utiles pour les situations dans lesquelles les besoins d'un enfant ne sont pas satisfaits, pour identifier ou traiter des problèmes chroniques de coordination entre les prestataires de services, et pour proposer à l'enfant des services plus complets, mieux coordonnés et mieux intégrés.
Qui sont les participants ?	Le travailleur social en charge de l'enfant, son superviseur et au moins un travailleur social ou un superviseur d'un autre secteur.	L'enfant et/ou la personne qui s'en occupe (si c'est souhaitable), le travailleur social, son superviseur et au moins un membre du personnel ou un superviseur de chacun des autres services ou organisations proposant des services à l'enfant et à sa famille.
	<i>Lors de la consultation ou de la réunion d'étude de cas, <u>AUCUNE</u> personne qui n'intervient pas directement dans la gestion de cas faisant l'objet de l'étude de cas ne doit être présente.</i>	
Quand a-t-elle lieu ?	Aussi souvent que nécessaire. Souvent organisée tôt dans le processus de gestion de cas. Peut être particulièrement utile si l'enfant et/ou la personne qui s'en occupe ne souhaitent pas être orientés vers d'autres services, mais ont des besoins qui échappent au cadre des compétences du seul travailleur social principal.	Régulièrement, pendant tout le processus de gestion de cas. Le travailleur social principal ou son superviseur direct, le cas échéant, est chargé d'organiser ces réunions régulières, d'inviter les participants (en leur donnant un préavis suffisant), de définir l'ordre du jour et d'animer la réunion.
Identifier les données partagées ?	Non. Il convient de discuter du cas en utilisant des termes neutres tels que « l'enfant » et « la femme qui s'occupe de l'enfant », plutôt que d'utiliser leur nom ou d'autres identifiants qui ne garantissent pas l'anonymat.	Oui, car l'enfant survivant et/ou la personne qui s'en occupe sont présents et car tous les participants participent activement au processus de gestion de cas.

ÉTAPE 5 : SUIVI DE L'ENFANT

Dans le cadre de cette étape, les travailleurs sociaux doivent :

- » Assurer le suivi de l'enfant et des progrès accomplis ;
- » Mettre en œuvre un plan d'action révisé (s'il y a lieu) ;
- » Continuer à proposer des services en matière de santé mentale et de soutien psychosocial

Les visites de suivi permettent à l'enfant et aux travailleurs sociaux de faire le point sur les mesures prises depuis la première réunion. Elles doivent en particulier donner l'occasion de s'assurer que l'enfant a reçu les services nécessaires et d'évaluer toute amélioration de sa situation. Ces visites offrent en outre aux travailleurs sociaux la possibilité de réévaluer la situation de l'enfant en matière de sécurité, d'identifier les nouveaux besoins urgents qui pourraient être apparus depuis la précédente réunion, et de discuter des besoins et de la prise en charge à plus long terme.

Les suivis réguliers aident également les travailleurs sociaux à consolider la relation de confiance avec l'enfant ayant subi des violences sexuelles et la personne s'occupant de l'enfant et n'ayant pas commis de violences, qui sont ainsi souvent incités à en dire plus sur les violences sexuelles subies ou à s'ouvrir sur d'autres problèmes. Les violences sexuelles subies par un enfant peuvent l'amener à se sentir très isolé. En créant du lien et en contribuant à redonner de l'espoir à l'enfant et à la personne s'occupant de l'enfant et n'ayant pas commis de violences, les entretiens de suivi contribuent à répondre à cette difficulté.

La fréquence et les modalités des visites de suivi devront être déterminées d'un commun accord entre les travailleurs sociaux, l'enfant et la personne qui s'en occupe lors de l'évaluation initiale et de l'élaboration du plan d'action. Les réunions de suivi doivent avoir lieu dans un endroit où l'enfant se sent à l'aise et où la confidentialité n'est pas menacée. La date, l'heure et le lieu des entretiens doivent tenir compte des besoins individuels.

ÉTAPE 6 : CLÔTURE DU CAS ET ÉVALUATION

Dans le cadre de cette étape, les travailleurs sociaux doivent :

- » Déterminer si le cas est prêt à être clôturé et mettre en place les procédures à cet effet ;
- » Évaluer les services grâce au retour du bénéficiaire.

Mener une évaluation en vue de la clôture du cas et mettre en œuvre cette clôture ;

Les cas seront généralement clôturés dans les cas suivants :

- » Le plan d'action a été appliqué de façon satisfaisante, et le suivi est terminé ;
- » Il n'y a eu aucun contact avec l'enfant survivant pendant une période spécifique (plus de 30 jours, par exemple) ;
- » L'enfant qui a bénéficié des services et le travailleur social estiment tous deux qu'un soutien n'est plus nécessaire.

Pour les travailleurs sociaux, la clôture d'un cas est l'occasion de passer en revue le plan d'action avec les enfants survivants et les personnes s'occupant d'eux et n'ayant pas commis de violences, et de discuter avec eux pour savoir si les objectifs des services de gestion de cas ont été atteints. La discussion doit en outre permettre d'évaluer si d'autres services sont nécessaires et les travailleurs sociaux doivent s'efforcer de l'orienter en tenant compte de l'âge et du niveau de développement de l'enfant. Les travailleurs sociaux, en échangeant avec l'enfant survivant et la personne s'occupant de lui et n'ayant pas commis de violences, doivent déterminer si la clôture du cas serait dans l'intérêt supérieur de l'enfant.

Lorsque les cas sont très complexes, et en particulier lorsque les risques sont très élevés, un cas peut rester ouvert pendant longtemps. C'est un sujet qui doit être abordé et planifié avec le superviseur concerné de la gestion de cas, l'objectif étant de s'assurer que de simples contraintes propres à l'organisation ne conduiront pas à mettre un terme à la prestation de services avant la résolution de tous les problèmes.

Dans les situations où les travailleurs sociaux ne voient l'enfant ayant subi des violences sexuelles qu'une seule fois, ils doivent accorder la priorité aux étapes d'évaluation et d'élaboration du plan d'action, et donner autant d'informations que possible à l'enfant. Les travailleurs sociaux devront dans ce cas rassembler soigneusement et fournir tous les documents et données permettant d'étayer ces informations. Les travailleurs sociaux doivent laisser le cas ouvert pendant 30 jours, puis le clôturer en l'absence de tout contact avec l'enfant bénéficiaire au cours de cette période.

Lorsqu'un suivi est possible, le cas ne peut être clôturé que si le dernier entretien de suivi a donné entière satisfaction. Cette condition est généralement réalisée lorsque les besoins de l'enfant et de sa famille sont satisfaits et/ou lorsque les systèmes de soutien en place (initiaux ou nouveaux) fonctionnent bien. Il est important de veiller à ce que toute clôture de cas soit centrée sur l'enfant survivant et de s'assurer que celui-ci est prêt à mettre un terme au suivi. Lors de la clôture d'un cas, les travailleurs sociaux doivent rassurer l'enfant (et également, selon les circonstances, la personne qui s'en occupe), en l'invitant à reprendre contact ultérieurement si nécessaire. Les travailleurs sociaux doivent rendre compte de la clôture d'un cas et préciser les raisons qui la justifient.

Évaluer les services de gestion de cas grâce au retour des bénéficiaires

L'évaluation permet aux travailleurs sociaux de savoir comment les enfants survivants et les personnes s'occupant d'eux et n'ayant pas commis de violences ont vécu les services qu'ils leur ont fournis. Ces retours d'information visent à améliorer les services et à mieux répondre aux besoins des enfants survivants dans le futur. Il ne doit pas être utilisé comme un outil d'évaluation des performances du personnel. La plupart du temps, c'est un membre du personnel non concerné par les services fournis qui conduit cette évaluation dans le cadre d'un entretien auquel participent l'enfant et la personne s'occupant de lui et n'ayant pas commis de violences. Dans certains cas, il leur est proposé de remplir un questionnaire imprimé. La décision de faire directement participer l'enfant survivant à l'évaluation des services est généralement prise en observant certaines règles :

- » Si l'enfant est âgé de 9 ans ou moins et que la personne qui s'occupe de lui était impliquée activement et de façon positive dans la prise en charge et les traitements de l'enfant, seule cette personne doit être interrogée ;
- » Si l'enfant est âgé de 10 à 12 ans et que la personne qui s'occupe de lui était impliquée activement et de façon positive dans la prise en charge et les traitements de l'enfant, cette dernière doit être interrogée. 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 de 14 à 18 ans, il peut être interrogé 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.

Comme pour tout service, les travailleurs sociaux sont tenus d'obtenir la permission de l'enfant et/ou de la personne qui s'occupe de lui pour effectuer l'évaluation des services. Les travailleurs sociaux doivent indiquer aux enfants survivants que les questions ne porteront pas sur leur cas, que l'entretien 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 préfère remplir le formulaire seul, cela est également acceptable.

OUTILS DE PLANIFICATION DE LA SÉCURITÉ

Un plan de sécurité est un outil que les travailleurs sociaux conçoivent avec l'enfant (et les membres de sa famille si c'est souhaitable) pour éviter autant que possible qu'il lui soit fait du mal. Ce plan identifie en particulier des lieux et des personnes sûrs, et décrit également comment l'enfant peut se mettre en sécurité en fonction des situations. Les travailleurs sociaux peuvent utiliser les outils ci-dessous pour faciliter les discussions sur la sécurité et sur la planification de la sécurité avec des enfants d'âges différents.

Tableau de planification de la sécurité

Le tableau de planification de la sécurité aborde des questions qui relèvent des catégories suivantes : situations (schémas types) d'insécurité de l'enfant, réactions de l'enfant face aux situations dangereuses, personnes de l'entourage de l'enfant pouvant lui venir en aide, et lieux sûrs auxquels l'enfant a déjà accès ou peut accéder. Les travailleurs sociaux peuvent discuter de ces sujets avec l'enfant en s'appuyant sur les questions, l'objectif étant d'obtenir des informations permettant de définir les conditions de sécurité, puis d'utiliser ces informations pour développer un plan de sécurité. Le premier tableau peut être utilisé avec les enfants plus âgés. Le second tableau est une version condensée qui est plus adaptée aux enfants les plus jeunes.

Thème	Évaluation de la sécurité	Planification de la sécurité
Schémas types	<ul style="list-style-type: none"> » Peux-tu me parler de certains moments où tu ne te sens pas en sécurité ? » Te trouves-tu dans un endroit spécifique dans ces moments-là ? » Est-ce à un moment particulier de la journée ? » Es-tu seul dans ces moments-là ? Si tu n'es pas seul, qui est avec toi ? » As-tu remarqué quelque chose de particulier qui se produit avant cela (les violences) ? 	<ul style="list-style-type: none"> » Y a-t-il un moyen d'éviter... [lieu] sans t'attirer des ennuis ? » Y a-t-il une personne adulte en qui tu as confiance qui pourrait être avec toi... [au moment/lieu identifié] ? » Y a-t-il quelque chose que nous pourrions faire pour que tu te sentes plus en sécurité à la maison/à l'école, etc. ?
Réactions	<ul style="list-style-type: none"> » Que fais-tu en général quand tu as peur ou que tu te sens en danger ? » Qu'as-tu tendance à faire dans ce genre de situation ? » Est-ce que cette technique fonctionne bien ? » Aimerais-tu faire autre chose ? » Possèdes-tu un téléphone ou as-tu accès au téléphone d'un voisin, d'un membre de ta famille, etc. ? » As-tu la possibilité de garder ton argent/ton téléphone dans un endroit sûr ? 	<ul style="list-style-type: none"> » As-tu du crédit sur ton téléphone ? » Connais-tu quelqu'un qui te laisserait emprunter son téléphone ? » En cas de problème, tu peux appeler... » Y a-t-il une personne que tu connais bien qui pourrait t'aider en toute sécurité à te rendre [insérer le lieu ou le service, organisme, etc.] ? » Aurais-tu la possibilité d'emporter des choses importantes (comme des documents, de l'argent, des photos) si tu devais partir rapidement ?
Personnes pouvant apporter leur aide	<ul style="list-style-type: none"> » À qui parles-tu ou fais-tu appel quand tu es en danger ? (un voisin, un ami, un membre de la famille, une personne que tu connais par son travail, etc. ?) » Y a-t-il quelqu'un en qui tu as confiance qui est au courant des violences que tu as subies ? » Y a-t-il quelqu'un qui pourrait parler à (l'auteur des violences) au sujet des violences sans te créer des ennuis ? 	<ul style="list-style-type: none"> » Y a-t-il quelqu'un près de chez toi que tu peux aller voir pour obtenir de l'aide et des conseils ? » Y a-t-il quelqu'un près de chez toi que tu n'hésiterais pas à aller voir si tu ne te sentais pas en sécurité ? » Tu peux me contacter si tu ne te sens pas en sécurité. Est-ce que ça t'aiderait ?

<p>Lieux sûrs</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Où vas-tu si tu es en danger ? » Y a-t-il un endroit où tu aimerais aller, mais où tu n'es pas encore allé ? 	<ul style="list-style-type: none"> » Y a-t-il un endroit où tu pourrais aller si tu te sentais en danger ? » Connais-tu des lieux sûrs près de chez toi ? (chez des voisins, chez le chef de la communauté, un endroit qui peut accueillir des enfants, etc.) ? » Comment pourrais-tu sortir de la maison si tu étais en danger ? » Y a-t-il un jour particulier ou une heure particulière où tu peux sortir de chez toi et te déplacer plus librement (c'est-à-dire en te sentant moins surveillé) ? » As-tu des frères et sœurs qui pourraient t'aider (ou que tu voudrais aider) si tu étais en danger ? » Demanderais-tu de l'aide à tes frères et sœurs pour quitter la maison et t'accompagner ? Ou les aiderais-tu à quitter la maison pour t'accompagner ?
--------------------------	---	--

À utiliser avec de jeunes enfants

Thème	Évaluation de la sécurité	Planification de la sécurité
<p>Personnes pouvant apporter leur aide</p>	<ul style="list-style-type: none"> » As-tu un ami qui est très gentil ? Qu'est-ce que tu aimes chez cette personne ? » À qui parles-tu quand tu as des soucis ? » As-tu un voisin en qui tu as confiance ? 	<ul style="list-style-type: none"> » Par qui aimerais-tu être aidé si tu avais des soucis ou si tu étais triste ? » Si tu avais des soucis ou si tu étais triste, pourrais-tu aller chez... (personne adulte de confiance telle qu'un voisin ou le parent d'un ami) ?
<p>Lieux sûrs</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Est-ce que tu as un endroit préféré par ici ? » Où vas-tu si tu as des soucis ou si tu te sens en danger ? » Sais-tu où se trouve... (insérer ici le nom d'un endroit sûr tel qu'un centre de protection pour enfants, le nom du chef de la communauté, la police, etc.) ? 	<ul style="list-style-type: none"> » Si tu avais des soucis ou si tu étais triste, irais-tu... (lieu sûr précédemment identifié) ? » Aurais-tu besoin d'aide pour aller à cet endroit sûr (l'aide d'un voisin par exemple, ou de tes frères et sœurs plus âgés, ou d'un ami) ? » Veux-tu que nous dessinions une carte indiquant le chemin de ta maison jusqu'à ton endroit préféré/sûr ?

LISTE DE CONTRÔLE POUR LA SÉCURITÉ

La liste de contrôle pour la sécurité sert à identifier les mesures spécifiques que les enfants peuvent prendre quand ils se sentent en danger. L'enfant fournit les détails pratiques du plan et/ou mémorise les mesures spécifiques telles que les numéros de téléphone, les mots servant de codes, etc. Cela convient aux enfants d'au moins 10 ans (ou, d'une façon générale, aux enfants sachant suffisamment bien lire et écrire).

Si j'ai un problème ou si je ne me sens pas en sécurité, ...	
je peux utiliser ces numéros de téléphone pour appeler quelqu'un	
je peux envoyer un signal d'alerte avec ce mot	
je peux aller chez ces personnes	
je peux aller dans ces endroits	
je peux partir de chez moi en faisant ça	
je peux emporter ces choses avec moi	
je peux aider mes frères et sœurs ou leur demander de l'aide en faisant ça	

Plan de la communauté

Le plan de la communauté peut aider les travailleurs sociaux à se faire une meilleure idée de la communauté de l'enfant, à définir les risques et les facteurs de protection au sein de cette communauté, et à distinguer les personnes et les lieux sûrs de ceux qui ne le sont pas. Il peut être utilisé avec les enfants de 4 à 12 ans.

Dans le cadre de cet exercice, les travailleurs sociaux demandent à l'enfant de :

- » Dessiner une petite maison au centre de la feuille ;
- » Représenter tous les lieux où il se rend et les personnes chez qui il va autour de la maison, et de les identifier ;
- » Marquer chaque lieu que l'enfant aime de sa couleur préférée ;
- » Marquer chaque lieu que l'enfant n'aime pas d'une autre couleur.

Les travailleurs sociaux discutent ensuite avec l'enfant pour mieux comprendre le dessin et les raisons pour lesquelles il a choisi l'une ou l'autre couleur, et peuvent utiliser les informations obtenues pour aider l'enfant à prendre conscience des facteurs de risque et de protection et à s'y adapter.

CERCLE DE SÉCURITÉ

Le cercle de sécurité peut être utilisé pour mieux comprendre les choses, les personnes et les lieux qui ont une influence sur le sentiment de sécurité de l'enfant. Il doit permettre d'identifier les personnes chez qui l'enfant peut aller et les endroits dans lesquels il peut se rendre quand il se sent en danger. Il est adapté aux enfants de 3 à 12 ans.

Dans cet exercice, l'enfant dessine un cercle, à l'intérieur duquel il représente les choses ou les personnes qui lui procurent un sentiment de sécurité. C'est une excellente approche pour comprendre les inquiétudes qu'un enfant peut avoir quant à sa sécurité. Les travailleurs sociaux peuvent aller plus loin en demandant aux enfants de dessiner à l'extérieur du cercle ce qui leur fait peur ou ce qui leur procure un sentiment d'insécurité (le cercle symbolisant la frontière entre la sécurité et l'insécurité). Ils peuvent ainsi obtenir des informations supplémentaires sur les choses et les personnes que les enfants associent à leur sécurité ou perçoivent comme des risques.

ÉVALUATION DES BESOINS ET RESSOURCES EN SANTÉ MENTALE ET SOUTIEN PSYCHOSOCIAL POUR LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS SURVIVANTS

Consignes :

L'évaluation PES de la santé mentale et psychosociale peut être réalisée plusieurs fois, en tant qu'analyse indépendante, au cours du processus de gestion de cas conforme à l'approche PES. Elle ne doit pas être conduite lorsque l'enfant survivant révèle son histoire pour la première fois, s'il a besoin d'une prise en charge médicale immédiate, ou s'il fait part d'une douleur physique. En général, la première occasion se présente lors du deuxième ou troisième entretien avec l'enfant et la personne s'occupant de lui et n'ayant pas commis de violences.

Pour les superviseurs :

Si votre organisme ne dispose pas d'une méthodologie générale d'évaluation psychosociale, vous pouvez intégrer une telle évaluation dans votre approche et vos outils de gestion de cas une fois que votre personnel a été formé à sa mise en œuvre. Si votre organisme dispose déjà d'une méthodologie générale d'évaluation psychosociale à laquelle vos travailleurs sociaux ont été formés et qu'ils ont l'habitude d'utiliser, des composantes de cette méthodologie peuvent être intégrées à l'outil existant de gestion de cas. Il convient d'y inclure au minimum les éléments suivants :

- » Principaux problèmes et inquiétudes ;
- » Cadre familial et conditions de vie ;
- » Soutien social ;
- » Évaluation du fonctionnement de l'enfant ;
- » Points forts de l'enfant et de la famille ;

Le plan d'action de SMSPS peut être intégré dans le plan d'action global.

Pour les travailleurs sociaux :

Au fur et à mesure que vous progresserez, en travaillant avec l'enfant survivant et la personne s'occupant de lui et n'ayant pas commis de violences, dans la mise en place de réponses aux besoins immédiats en matière de santé et de sécurité, vous aurez peut-être l'occasion d'examiner plus en détail les besoins psychosociaux de l'enfant et de chercher à y répondre. Il se peut aussi que vous observiez que la personne qui s'occupe de l'enfant a des besoins psychosociaux ; il faudra alors orienter cette personne pour que ses propres besoins soient traités par l'un de vos collègues. Les points suivants doivent être pris en compte lors de l'évaluation de SMSPS :

- » Prévoir suffisamment de temps, faire des pauses et progresser au rythme de l'enfant ;
- » Anticiper la possibilité que l'enfant et la personne s'occupant de lui et n'ayant pas commis de violences peinent à répondre à certaines questions, et que certains sujets suscitent de fortes émotions et renvoient à des situations éprouvantes ;
- » Utiliser des méthodes de communication et d'interrogation adaptées au niveau de développement de l'enfant, et notamment des jeux, des dessins et d'autres méthodes. Prendre soin de toujours discuter des dessins avec l'enfant afin d'éviter les mauvaises interprétations ;
- » Se concentrer, lors de l'élaboration du plan d'action, sur les points forts et les capacités de résilience de l'enfant et les moyens de les renforcer, tout en essayant d'atténuer les inquiétudes, de faire disparaître les facteurs de stress, etc.

Tenir compte des directives suivantes pour chacune des principales sections de l'outil.

Partie 1 : Évaluation générale de l'enfant :

- » Déterminer s'il peut être utile d'interroger la personne qui s'occupe de l'enfant sur leur perception des principaux problèmes et préoccupations ;
- » Dans la mesure du possible, évaluer les principaux problèmes en discutant séparément avec l'enfant et la personne qui s'en occupe, car l'un et l'autre se sentiront plus libres de parler ouvertement avec les travailleurs sociaux.
- » Comparer avec attention les réponses de l'enfant et de la personne qui s'en occupe pour savoir s'ils partagent les mêmes inquiétudes et préoccupations ;
- » Si les inquiétudes et préoccupations sont différentes, les travailleurs sociaux doivent discuter des préoccupations de l'enfant avec la personne qui s'en occupe afin de les aider à améliorer leur communication et à mieux se comprendre ;
- » Noter les principales préoccupations de l'enfant et de la personne qui s'en occupe dans **la partie 1 : Évaluation générale**.

Partie 2 : Contexte familial, social et spirituel :

- » Chercher à jauger la situation familiale, sociale, spirituelle et communautaire de l'enfant afin de mieux comprendre l'environnement au sens large qui l'entoure ;
- » 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, etc.) ainsi que le vécu de l'enfant, afin d'apporter des informations complémentaires à la première évaluation ;
- » Poser des questions importantes sur l'expérience vécue, telles que :
 - En qui l'enfant avait-il le plus confiance dans sa famille avant de subir des violences ?
 - En qui l'enfant a-t-il confiance depuis qu'il a subi des violences ? L'enfant est-il heureux à la maison ? Les besoins fondamentaux de l'enfant (nourriture, vêtements, éducation, protection) sont-ils satisfaits ?
 - L'enfant est-il traité différemment des autres enfants de la famille ? Si oui, dans quelle mesure ?
 - Quand l'enfant peut-il jouer librement ?
- » Dans le cadre de la caractérisation générale de l'environnement de l'enfant, et notamment de l'évaluation des aspects sociaux et spirituels de la communauté, il convient de déterminer :
 - Dans quels domaines le soutien social de l'enfant s'est dégradé à la suite des violences.
 - À quelles activités l'enfant peut se livrer plus souvent, et quelles sont celles qu'il peut reprendre ou commencer ; De quel soutien l'enfant a besoin pour participer à ces activités.
 - Quels domaines du soutien social de l'enfant restent solides.
 - Quelles ressources, y compris parmi les responsables religieux et au sein de la communauté, sont susceptibles de fournir un soutien ;
- » Noter les détails et les faits importants dans **la partie 2 : Contexte familial, social et spirituel** ;
- » Dans la section « **Autres notes** », les travailleurs sociaux peuvent indiquer tout détail supplémentaire important, mais non spécifique au contexte familial, social et spirituel.

Partie 3 : Fonctionnement général :

- » Étudier le comportement de l'enfant, ses sentiments et sa façon d'exprimer ses douleurs somatiques ou « physiques » ;
- » Chercher à détecter les éventuels changements survenus depuis que les violences sexuelles ont eu lieu et/ou depuis qu'elles ont été signalées ;
- » Avoir bien conscience que les points d'évaluation proposés ici ne correspondent qu'à certains des changements fréquemment observés chez les enfants ayant subi des violences sexuelles, et ne constituent nullement une liste exhaustive.

Utiliser un discours adapté à l'âge et au niveau de développement de votre interlocuteur :

- » « Je vais te lire quelques phrases. Dis-moi s'il te plaît si ces phrases sont vraies pour toi. Réfléchis à ces phrases et dis-moi à quel point elles sont vraies depuis _____ [expliciter les violences subies... par exemple : depuis que tu as été violé(e)] »
- » Expliquer à l'enfant qu'il doit faire de son mieux pour répondre par oui ou par non aux déclarations qui lui sont lues. Assurez-vous que des aménagements raisonnables sont faits pour aider l'enfant à pouvoir répondre par oui ou par non. Si l'enfant est incapable de répondre par oui ou par non, indiquez « incertain » dans la section commentaires.

Partie 4 : Impressions et opinions de la personne qui s'occupe de l'enfant :

- » Être conscient que l'évaluation fiable des impressions et des opinions de la personne qui s'occupe de l'enfant n'est pas toujours possible. Mais les travailleurs sociaux doivent, dans la mesure du possible, faire cette évaluation ;
- » Les points de vue de la personne qui s'occupe de l'enfant permettent d'obtenir des indications sur le soutien (ou le manque de soutien) apporté à l'enfant ;
- » Établir une relation favorisant le partage des avis, des impressions et des opinions, et l'échange non contraint de questions et de réponses. Procéder à cette partie de l'évaluation sans la présence de l'enfant.

Les questions importantes qui suivent permettent d'initier l'évaluation des sentiments et des opinions des personnes qui s'occupent des enfants :

- » **Que savez-vous des violences subies par l'enfant/de ce qui s'est passé ?** Cette question aide les travailleurs sociaux à comprendre ce que la personne qui s'occupe de l'enfant sait et comprend au sujet de ce qui s'est passé. Les travailleurs sociaux doivent être attentifs aux éventuels propos incriminant directement l'enfant.
- » **Que vous inspirent les violences subies et la situation ?** En posant cette question, les travailleurs sociaux demandent explicitement à la personne qui s'occupe de l'enfant ce qu'elle ressent au sujet des violences sexuelles subies par l'enfant. Les travailleurs sociaux doivent tâcher d'évaluer son degré de souffrance émotionnelle et ses sentiments à l'égard de l'enfant. Ils doivent aussi lui demander si ses sentiments ont changé depuis qu'il a subi des violences.
- » **Quels changements avez-vous observés chez l'enfant depuis qu'il a subi des violences ?** Souvent, la souffrance émotionnelle de l'enfant est signalée par les adultes de son entourage qui constatent des changements de comportement. Cette question permet également aux travailleurs sociaux d'obtenir davantage d'informations sur le regard que cette personne porte sur l'enfant.
- » **Selon vous, qu'est-ce qui peut aider l'enfant dans l'immédiat ?** Il est utile et important, pour aider l'enfant à guérir et à se rétablir, de connaître l'opinion de la personne qui s'en occupe. La personne qui s'occupe de l'enfant et qui le soutient le connaît bien ; ses idées pour favoriser la guérison de l'enfant doivent donc être recueillies et intégrées dans le plan de prise en charge psychosociale.
- » **Quels sont vos principales craintes et vos principaux besoins dans l'immédiat ?** Cette question donne à la personne qui s'occupe de l'enfant la possibilité de faire part de ses inquiétudes et de ses appréhensions personnelles, tout en portant à la connaissance des travailleurs sociaux de possibles autres besoins de l'enfant et préoccupations le concernant.

Noter les réponses à ces questions dans la **partie 4 : Évaluation de la personne qui s'occupe de l'enfant**

Partie 5 : Points forts de l'enfant et de sa famille :

- » Avoir conscience que les enfants et les familles sont résilients. La majorité des enfants qui ont subi des violences sexuelles se rétablissent avec un soutien adapté ;
- » Évaluer les points forts de l'enfant et de la famille.

Les travailleurs sociaux doivent aider les enfants à identifier leurs propres points forts, tels que :

- » Leur courage ;
- » Leurs traits de caractère positifs ;
- » Leur fierté.

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 sont porteurs d'espoir. Si l'enfant ne parvient pas à identifier de points forts ou de raisons d'être fier, les travailleurs sociaux doivent mettre en exergue ceux qu'ils ont eux-mêmes identifiés.

Les travailleurs sociaux doivent également aider la personne qui s'occupe de l'enfant à identifier les points forts de la famille :

- » Capacité, en tant que personne qui s'occupe de l'enfant, à le soutenir, à plaider en faveur de ses besoins, à le protéger et à solliciter des services pour son bien, à gérer les problèmes familiaux et à encourager ses espoirs et ses rêves ;
- » Attachement à l'enfant : un attachement solide et bienveillant est essentiel pour assurer le rétablissement de l'enfant ;
- » Les capacités, les espoirs et les rêves de la famille : identifier comment la personne qui s'occupe de l'enfant résout généralement les problèmes ainsi que les ressources dont elle dispose actuellement (des amis solidaires, une grande famille, un foyer non violent, etc.) ;
- » Le soutien social : les liens de la famille avec la communauté et des réseaux plus larges ;
- » Le travail et les actifs financiers.

Noter les points principaux de cette discussion dans la **Partie 5 : Points forts de l'enfant et de sa famille.**

Une fois que ces points ont été évalués, les travailleurs sociaux doivent analyser les informations recueillies et déterminer, avec la participation de l'enfant et en fonction des principaux problèmes identifiés, les interventions psychosociales à mener. Ce processus et les actions ainsi définies peuvent être intégrés à un plan d'action existant ou faire l'objet d'un plan distinct dans le cadre de la **Partie 6 : Évaluation psychosociale et plan d'action.**

Code de l'enfant survivant :

référence de l'incident :

OUTIL D'ÉVALUATION DE SMSPS POUR LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS SURVIVANTS

Code du travailleur social :

Date :

Heure :

PARTIE 1 : PRINCIPAUX PROBLÈMES/INQUIÉTUDES

Pour cette section, les travailleurs sociaux doivent avoir recours à des questions et/ou à des dessins pour se faire une idée des principaux problèmes et préoccupations de l'enfant à la suite des violences sexuelles subies. Les travailleurs sociaux doivent préciser ici la situation actuelle de l'enfant d'après ses propres mots.

PARTIE 2 : CONTEXTE FAMILIAL, SOCIAL ET SPIRITUEL

Cadre familial et conditions de vie : Orientations pour l'évaluation : Où vit l'enfant ? (où dort-il, mange-t-il, passe-t-il son temps) ? Qui vit dans le foyer et rend fréquemment visite à l'enfant ? Nombre de frères et sœurs ? L'enfant semble-t-il heureux à la maison ? L'enfant peut-il jouer librement et où ? L'enfant semble-t-il craintif et/ou ne pas être proche de ses parents/de la personne qui s'en occupe, de ses frères et sœurs ? L'enfant est-il traité différemment des autres enfants au sein de la famille ?

Soutien social (amis, école, participation à la vie sociale et communautaire)	Spirituel/religieux :
Autres notes : (risques de sécurité identifiés, etc.)	

Partie III : Évaluation du fonctionnement de l'enfant

CONSIGNES : Les travailleurs sociaux doivent poser ces questions à l'enfant dans un environnement garantissant la confidentialité. Dire : « Je vais te lire quelques phrases. Dis-moi s'il te plaît si ces phrases sont vraies pour toi. Réfléchis à ces phrases et dis-moi à quel point elles sont vraies depuis _____ [expliciter les violences subies... par exemple : depuis que tu as été violé(e)] »

<i>Pour une ligne donnée, le signe X ne doit figurer que dans une colonne.</i>	OUI	NON	COMMENTAIRES
1. Je ne vois pas mes amis aussi souvent qu'avant.			
2. J'ai arrêté mes activités habituelles (p. ex. l'école).			
3. Je me dispute avec les gens plus souvent qu'avant.			
4. J'ai du mal à m'endormir ou à dormir.			
5. Je ressens des douleurs, j'ai des maux de ventre, des maux de tête ou d'autres maux.			
6. Je crains que quelque chose de grave ne se produise.			
7. Je me sens triste et sans espoir.			
SCORE TOTAL :			

Partie 4 : Évaluation de la personne qui s'occupe de l'enfant (dans la mesure du possible)

Que savez-vous des violences subies par l'enfant/de ce qui s'est passé ?	
Que vous inspirent les violences subies et ce qui s'est passé ?	
Quels changements avez-vous observés chez l'enfant depuis qu'il a subi des violences ?	
Selon vous, qu'est-ce qui peut aider l'enfant dans l'immédiat ?	
Quels sont vos principales craintes et vos principaux besoins dans l'immédiat ?	

Partie 5 : Points forts de l'enfant et de sa famille

Points forts de l'enfant/facteurs de protection

(choses que l'enfant aime faire, rapports positifs avec la personne qui s'occupe de lui, personnes à qui il fait confiance et qui le soutiennent, capacité à résoudre les problèmes, confiance en l'avenir, moments de rires, etc.)

Points forts de la famille et de la personne qui s'occupe de l'enfant/facteurs de protection

(rapports positifs et solides avec l'enfant et les autres membres de la famille, capacité à s'adapter au stress, soutien social et communautaire, travail/revenu)

Partie 6 : Évaluation et élaboration du plan d'action (à remplir par les travailleurs sociaux uniquement)

Questions d'évaluation	OUI	NON	s.o.	Plan d'action pour l'intervention (décrire l'action, indiquer qui en est responsable et quand elle doit être réalisée)
<p>1. L'enfant a-t-il fait part de problèmes de fonctionnement (voir les aspects de fonctionnement 1 à 3). Si oui, interventions requises :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Résolution de problèmes 2. Éducation thérapeutique 3. Apprentissage de la relaxation 				
<p>2. L'enfant a-t-il déclaré se sentir anxieux ou inquiet (voir aspects de fonctionnement 4 à 6) Si oui, interventions requises :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Apprentissage de la relaxation 2. Éducation thérapeutique <p>Résolution des problèmes (s'il y a lieu)</p>				
<p>3. L'enfant a-t-il fait part de problèmes de fonctionnement (voir aspects de fonctionnement 6 à 6). Si oui, interventions requises :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Capacité d'adaptation en 3 étapes 2. Éducation thérapeutique 3. Apprentissage de la relaxation 				

Dresser la liste des points forts (de l'enfant et de la famille) qui peuvent contribuer au rétablissement de l'enfant.

(école, activités, sens de l'humour, etc.).

Autres domaines dans lesquels des besoins ont été identifiés au cours de l'évaluation et qui nécessitent des interventions

(directes et/ou par d'autres services) (s'ils n'ont pas été abordés par ailleurs)

Besoins identifiés :

Plan d'action (inclut la définition des actions, qui fera quoi et quand).

Prochain suivi programmé le (date) à (heure)

ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

APERÇU

L'éducation thérapeutique consiste, pour les travailleurs sociaux, à fournir des informations spécifiques et précises sur les violences sexuelles et tout ce qui en relève à l'enfant et aux membres de sa famille¹¹¹. La connaissance rend l'enfant survivant plus autonome, ce qui l'aide, ainsi que les membres de sa famille, à se rétablir.

Les travailleurs sociaux doivent communiquer sur :

- » Les actes de violence sexuelle, pour que les enfants comprennent mieux ce qu'ils ont subi ;
- » Les moyens de préserver leur sécurité à l'avenir.

En outre, les séances d'éducation thérapeutique spécifiquement destinées aux personnes qui s'occupent des enfants aident ces personnes à fournir le meilleur soutien possible aux enfants victimes d'abus.

COMMENT ASSURER LES SÉANCES D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

- » L'éducation thérapeutique suppose d'aborder des thèmes délicats avec les enfants ; elle peut de ce fait être plus adaptée aux préadolescents et adolescents (10 ans et plus) et aux personnes qui s'occupent d'eux ;
- » Ces séances sont destinées à des enfants et adolescents ayant subi des violences sexuelles et à risque, et peuvent être individuelles ou collectives ;
- » Il est recommandé de mobiliser un animateur du même genre que l'enfant et d'organiser des séances collectives pour les enfants de même genre, en particulier s'il s'agit d'adolescents ;
- » Adapter les méthodes d'éducation thérapeutique des enfants et des familles à la culture locale pour s'assurer que les informations sont transmises de la manière la plus appropriée¹¹² ;
- » L'éducation thérapeutique peut être envisagée même si l'enfant ne révèle pas ce qui lui est arrivé, car elle vise plus à fournir des informations générales sur les violences sexuelles qu'elle ne s'intéresse à l'expérience personnelle de l'enfant.

¹¹¹ IRC et UNICEF, [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](#). IRC et UNICEF, 2012.

¹¹² Ibid.

CONSIGNES POUR FOURNIR DES SERVICES D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

Étape 1 : Programmer un rendez-vous avec l'enfant (et avec la personne qui s'en occupe si cela est souhaitable) :

Demander à l'enfant et à la personne qui s'en occupe s'ils acceptent de participer à une séance spéciale d'éducation thérapeutique. Expliquer que cela permettra de partager avec eux des informations afin de les aider à comprendre et à gérer ce qui est arrivé. Leur assurer que la séance se déroulera dans un lieu privé et n'excédera pas une heure.

Le temps à consacrer au travail avec l'enfant dépendra de la relation qui aura été établie avec lui, de la volonté de la famille de s'investir dans le processus et du contexte spécifique. Consulter le superviseur pour identifier les moyens de structurer et d'assurer les séances d'éducation thérapeutique en abordant les sujets essentiels.

Étape 2 : Mettre en œuvre les séances :

Déterminer, d'après les besoins de l'enfant et les possibilités d'organiser des entretiens de suivi, combien il faut prévoir de séances. Si les travailleurs sociaux ont la possibilité de rencontrer l'enfant de façon régulière, ils doivent essayer d'organiser au minimum trois séances d'éducation et de soutien thérapeutiques. S'il n'est possible d'organiser qu'une seule séance, les travailleurs sociaux doivent s'efforcer de traiter le plus d'informations possible au cours de cette séance.

THÈMES DES SÉANCES D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

L'éducation thérapeutique couvre trois thèmes principaux :

- » Thème 1 : Ce que chaque enfant et chaque famille doivent savoir ;
- » Thème 2 : Sécurité physique et planification de la sécurité ;
- » Thème 3 : Le rôle de la personne qui s'occupe de l'enfant dans le processus de guérison.

Les thèmes 1 et 2 concernent à la fois l'enfant et la personne qui s'en occupe, et peuvent être traités en une ou deux séances.

Le thème 3 doit faire l'objet d'une séance spécifique, seulement avec la personne qui s'occupe de l'enfant.

Thème 1 : Ce que chaque enfant et chaque famille doivent savoir :

Les actes de violence sexuelle doivent être expliqués de façon précise aux enfants et aux personnes qui s'occupent d'eux. Toujours clarifier que l'enfant n'est pas responsable des violences sexuelles subies et qu'il ne faut pas le culpabiliser. Les connaissances sur les violences sexuelles sont déterminantes dans le processus de guérison et de rétablissement de l'enfant et de la famille. C'est la raison pour laquelle il faut commencer les séances d'éducation thérapeutique des enfants et des personnes qui s'occupent d'eux en clarifiant ce que sont les actes de violence sexuelle. Les principaux faits et informations à aborder lors de la première séance peuvent être définis ainsi :

- » Qu'entend-on par violences sexuelles commises sur des enfants ?
- » Comment les expliquer et qui les exerce ?
- » Comment les enfants peuvent-ils se sentir après avoir subi des violences sexuelles (réactions les plus fréquentes) ?
- » Tendance des enfants à garder le silence (***point particulièrement important pour les personnes qui s'occupent des enfants***).

Qu'entend-on par violences sexuelles commises sur des enfants ?

Principales informations formulées dans des termes simples :

- » Les violences sexuelles visant les enfants, c'est lorsqu'une personne adulte ou une personne plus âgée que toi touche ou caresse 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. Quand quelqu'un te parle de sexe, te fait regarder des photos ou des vidéos de sexe, ou fait des choses sexuelles devant toi, ce sont aussi des violences sexuelles ;
- » Les violences sexuelles sont toujours une mauvaise chose et c'est toujours la personne qui les commet qui est responsable.

Cette section doit être adaptée pour inclure des informations spécifiques au contexte local.

Comment les expliquer et qui les exerce ?

Principales informations formulées dans des termes simples :

- » Beaucoup d'enfants subissent des violences sexuelles. Les violences sexuelles touchent les garçons et les filles de tous les âges. Peu importe que tu sois riche ou pauvre, les violences sexuelles touchent 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 ; ce n'est ni à cause de ce que tu es, ni à cause de quelque chose que tu as fait ;
- » La personne qui a exercé ces violences peut être quelqu'un que tu connais, comme un membre de ta famille ou un ami proche de ta famille. Il peut aussi s'agir d'une personne que tu ne connais pas du tout ;
- » Les violences sexuelles sont souvent commises par des personnes que les enfants connaissent et auxquelles ils font confiance.

Comment les enfants peuvent-ils se sentir après avoir subi des violences sexuelles (réactions les plus fréquentes) ?

Principales informations formulées dans des termes simples :

- » Les enfants éprouvent beaucoup de sentiments différents lorsqu'ils subissent des violences sexuelles et après avoir subi ces violences. Ces différents sentiments peuvent être difficiles à comprendre. C'est normal que les enfants éprouvent beaucoup de sentiments différents au sujet des violences qu'ils ont subies ;
- » Certains enfants en veulent beaucoup à la personne qui les a agressés et peuvent aussi en avoir peur. Certains enfants se sentent tristes et ne veulent parler à personne. Certains enfants pensent même que ce qui est arrivé est de leur faute ;
- » Tous ces sentiments sont normaux et fréquents ;
- » Parfois, ces sentiments changent 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 ressentent beaucoup de colère et se disputent beaucoup. Certains enfants se sentent vraiment tristes et ont tout le temps envie de pleurer ;
- » Cela fait beaucoup de bien de parler de tous ces sentiments.

Tendance des enfants à garder le silence

Principales informations, destinées spécifiquement aux personnes qui s'occupent des enfants :

- » Il y a de nombreuses raisons qui expliquent que les enfants cachent aux adultes qu'ils ont subi des violences sexuelles ;
- » Parfois, la personne qui a agressé l'enfant lui dit que c'est « un secret », et qu'ils ne doivent en parler à personne ;

- » Parfois, l'auteur des violences les menace et leur 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 lui dire que personne ne le croira s'il 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. Il a besoin de votre soutien et de se sentir accepté ;
- » Vous pouvez ressentir beaucoup de choses au sujet des violences sexuelles subies 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, avec les enfants et les personnes qui s'en occupent, une séance distincte sur la sécurité physique et la planification de la sécurité. Les enfants doivent posséder les compétences de communication et l'assurance nécessaires pour réagir aux situations potentiellement violentes ou traumatiques. Apprendre aux enfants à assurer leur sécurité personnelle ne garantit pas qu'ils seront en totale sécurité, mais cela peut leur donner confiance et les aider à se sentir capables de réagir à d'éventuelles menaces. Les principales notions à transmettre à l'enfant au cours de cette séance sont les suivantes :

- » Être attentif et informé ;
- » Être prudent et préparé ;
- » Être sûr de soi.

Être attentif et informé

Les travailleurs sociaux doivent sensibiliser l'enfant aux dangers potentiels dans son environnement, et l'aider à suivre ses intuitions. Il est bon d'expliquer à l'enfant comment détecter les signes de danger indiquant un risque accru, et de l'entraîner à réagir face au danger. Ces questions peuvent également avoir été abordées dans le cadre du processus standard de gestion de cas.

Être prudent et préparé

Dans le cadre de la sensibilisation générale à la sécurité, les travailleurs sociaux doivent discuter avec l'enfant de ce qu'il faut faire lorsqu'il se sent en danger. Ils peuvent l'entraîner à réagir de façon appropriée au danger ou aux situations potentiellement violentes, notamment par le biais de jeux de rôle. Cela peut contribuer à renforcer la confiance en soi de l'enfant et sa capacité à gérer une éventuelle menace. Pour apprendre à l'enfant à assurer sa sécurité, les travailleurs sociaux doivent :

- » Aider l'enfant à désigner plusieurs adultes avec lesquels il se sent en sécurité (si l'enfant a des difficultés à répondre, les travailleurs sociaux peuvent suggérer des personnes spécifiques, telles qu'un enseignant, la personne qui s'occupe de lui, un frère ou une sœur, un ami). Une fois que ces personnes ont été identifiées, les travailleurs sociaux doivent encourager l'enfant à les prévenir lorsqu'il est inquiet ou se sent en danger (ces personnes doivent participer à l'une des séances de préparation du plan de sécurité de l'enfant, afin d'être officiellement reconnues comme des « personnes sûres » de l'entourage de l'enfant) ;
- » Aider l'enfant à désigner des lieux dans lesquels il se sent en sécurité, et notamment les lieux dans lesquels il se rendrait s'il ne se sentait pas en sécurité à la maison ;

- » Élaborer un plan avec l'enfant et l'entraîner à réagir lorsqu'il ne se sent pas en sécurité. Que ferait-il ? Que dirait-il ? Il est important d'entraîner l'enfant à dire « Non ! » à un adulte qui fait tout pour le mettre mal à l'aise. Les jeux de rôle sont particulièrement utiles pour apprendre à l'enfant à dire « Non ».

Être sûr de soi

Les travailleurs sociaux doivent commencer la séance en passant en revue les parties du corps qu'il est acceptable ou qu'il n'est pas acceptable de toucher. L'enfant doit s'entraîner à réagir lorsqu'une personne le 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 ;
- » Donner à l'enfant des techniques à utiliser (courir, se cacher, demander de l'aide, appeler quelqu'un, crier) pour réagir à des attouchements ou à des comportements inappropriés. Aider l'enfant à identifier une personne adulte de confiance à qui il pourra se confier si quelqu'un le menace de nouveau.

Au cours de cette séance, il est important d'aider l'enfant à avoir plus confiance en lui et de lui apprendre à protéger son corps.

Prenez garde à ne pas sous-entendre que si l'abus se reproduit, c'est l'enfant qui est en faute. Les violences sexuelles sont toujours le fait de l'auteur des violences. Même les enfants à qui on a appris à protéger leur corps peuvent être victimes d'abus. Si cela arrive, ce n'est pas parce que l'enfant ne s'est pas défendu ou qu'on ne lui a pas suffisamment appris à se protéger ; c'est parce que l'auteur de l'abus a plus de pouvoir que l'enfant, et ce dernier n'est en aucun cas responsable de l'abus.

Thème 3 (session avec la personne qui s'occupe de l'enfant) : le rôle de la personne s'occupant de l'enfant dans le processus de guérison.

Organisez une session avec la ou les personnes qui s'occupent de l'enfant afin qu'elles puissent présenter leur compréhension des violences sexuelles et exprimer leurs sentiments à cet égard. Les personnes qui s'occupent des enfants jouent un rôle déterminant dans la guérison et le rétablissement de ces derniers. La guérison est en effet facilitée lorsque les enfants sont soutenus par des amis et des proches au sein de leur foyer et de leur communauté. Les soignants peuvent ressentir beaucoup de stress après la survenue de violences sexuelles. Elles peuvent ressentir de la culpabilité pour diverses raisons, comme le fait de ne pas avoir protégé l'enfant. Elles peuvent aussi ressentir de la colère si elles pensent que l'enfant leur a fait honte et/ou de la colère à l'égard de l'auteur. Elles peuvent se sentir perdues et ne pas savoir quoi faire, et ressentir de nombreuses autres fortes émotions.

Au cours de cette session, laissez la personne qui s'occupe de l'enfant exprimer ses sentiments et ses préoccupations, sans émettre de jugement. Néanmoins, si cette personne semble accuser l'enfant ou a tendance à le juger, vous devez intervenir. Les principaux thèmes à aborder lors de cette session sont :

- » Le rôle de la personne qui s'occupe de l'enfant dans la guérison de ce dernier ;
- » Les points sur lesquels la personne qui s'occupe de l'enfant doit être vigilante et ce qu'elle peut faire pour aider l'enfant ;
- » Les services dont peut bénéficier la personne qui s'occupe de l'enfant.

Le rôle de la personne qui s'occupe de l'enfant dans le processus de guérison :

- » La personne qui s'occupe d'un enfant joue un rôle déterminant dans sa guérison. De nombreux enfants se remettent des conséquences de violences sexuelles lorsqu'ils bénéficient du soutien de leur mère, de leur père et/ou de leur famille ;
- » La personne qui s'occupe de l'enfant doit donc encourager la famille tout entière à soutenir l'enfant. La famille doit traiter l'enfant avec compassion et lui faire sentir qu'il est aimé ;
- » Les enfants doivent continuer à aller à l'école, à jouer et à « être des enfants » après avoir subi des violences sexuelles. Les violences sexuelles ne doivent pas empêcher l'enfant de continuer à s'épanouir et de participer à des activités adaptées aux enfants.

Choses auxquelles la personne qui s'occupe de l'enfant doit faire attention, et ce qu'elle peut faire pour aider les enfants :

- » Après avoir subi des violences sexuelles, l'enfant peut ressentir de la timidité, de la gêne, de la peur, de la colère ou de la tristesse. Si la personne qui s'en occupe remarque que l'enfant se comporte différemment (par exemple s'il refuse d'aller à l'école, de voir ses amis, ou s'il adopte tout autre comportement inhabituel), elle doit lui parler et essayer de trouver l'aide dont il a besoin ;
- » La personne qui s'occupe de l'enfant peut l'aider en prenant garde à ne pas lui faire sentir qu'il est responsable des abus subis, et en faisant en sorte qu'il se sente en sécurité et heureux au sein du foyer ;
- » La personne qui s'occupe de l'enfant peut aussi l'aider en reconnaissant la légitimité de ses sentiments et réactions, et en les approuvant, ainsi qu'en lui laissant le temps et l'espace nécessaires pour apprendre, à sa manière, à vivre avec le souvenir de l'expérience subie ;
- » La personne qui s'occupe de l'enfant doit assurer sa protection et veiller à ce qu'il ne soit pas maltraité par l'auteur des violences ou toute autre personne ;
- » La personne qui s'occupe de l'enfant doit l'encourager à retourner à l'école et à reprendre ses activités quotidiennes ;
- » La personne qui s'occupe de l'enfant ne doit discuter des violences sexuelles ni avec les voisins ni avec d'autres personnes. La personne qui s'occupe de l'enfant ne doit pas discuter des violences sexuelles commises sur l'enfant en sa présence (sauf s'il est dans l'intérêt supérieur de l'enfant qu'elle aborde le sujet des violences vécues avec un médecin, un conseiller juridique ou un travailleur social) ;
- » La personne qui s'occupe de l'enfant doit insister sur le fait que les violences sexuelles sont toujours condamnables, et que c'est toujours l'auteur qui est en faute.

Services à la disposition de la personne qui s'occupe de l'enfant

La personne qui s'occupe de l'enfant, et plus particulièrement si elle est elle-même mère, peut se sentir responsable des violences sexuelles subies par l'enfant. Les travailleurs sociaux doivent soutenir les mères et ne pas les blâmer pour les violences sexuelles subies par l'enfant.

- » Les personnes qui s'occupent des enfants peuvent également avoir des réactions très fortes après la survenue de violences sexuelles au sein de 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 des violences sexuelles ressentent de telles émotions ;
- » Les personnes qui s'occupent des enfants peuvent se sentir responsables des sévices, mais les violences sexuelles sont toujours de la faute de l'auteur. Ni l'enfant, ni la personne qui s'en occupe ne sont responsables des sévices ;
- » Si les personnes qui s'occupent des enfants peinent à gérer leur vie quotidienne en raison de leurs réactions face aux violences sexuelles vécues, il leur est conseillé de se confier à des amis ou à d'autres personnes de confiance, ou bien de rechercher un soutien supplémentaire ;
- » Soutenez la personne qui s'occupe de l'enfant en lui proposant de discuter de ses sentiments par rapport aux violences sexuelles subies par l'enfant, et en l'aidant à trouver de meilleures façons de faire face aux répercussions qui en découlent :
 - Informez la personne qui s'occupe de l'enfant des services et des appuis extérieurs disponibles pour elle-même et son enfant ;
 - Facilitez l'orientation vers tous les services dont la personne s'occupant de l'enfant souhaite bénéficier.

CONSEILS AUX TRAVAILLEURS SOCIAUX

Gérer les affirmations potentiellement préjudiciables :

Écoutez attentivement les pensées et les sentiments exprimés par l'enfant et la personne qui s'en occupe. Au cours de la session, la personne qui s'occupe de l'enfant peut faire des déclarations susceptibles d'être préjudiciables pour l'enfant (par exemple, si la personne qui s'occupe de l'enfant semble le blâmer et oriente à tort sa colère vers lui). Pour prévenir ce type de réaction, organisez une session individuelle avec la personne qui s'occupe de l'enfant, de préférence avant de rencontrer l'enfant, afin de combattre les croyances potentiellement préjudiciables pour l'enfant qui sont susceptibles d'entraver le processus de guérison.

Les informations doivent être en adéquation avec les capacités de compréhension de l'enfant :

Adaptez toujours vos techniques de communication (et, dans une certaine mesure, les informations que vous partagez) à l'âge et au niveau de développement de l'enfant. Dans le cas de jeunes enfants, par exemple, communiquez les informations essentielles à l'aide de dessins, de jeux ou de jeux de rôle. Avec les enfants plus âgés, vous pouvez utiliser des supports écrits. Ils peuvent ainsi comprendre les choses par eux-mêmes puis poser des questions, ce qui permet d'entamer un dialogue.

Faites participer les personnes qui s'occupent de l'enfant et qui le soutiennent :

Un enfant survivant doit bénéficier d'une éducation thérapeutique en compagnie d'une personne qui s'occupe de lui, à condition que l'enfant se sente à l'aise et que la personne qui s'en occupe s'engage à le soutenir. Cela permet aux travailleurs sociaux de déclarer sans ambiguïté à l'enfant et à la personne qui s'occupe de lui que l'enfant n'est pas responsable des abus vécus.

Il est également important d'organiser une session distincte avec la personne qui s'occupe de l'enfant, afin d'aborder les croyances préjudiciables et les idées fausses que peut entretenir la personne qui s'occupe de l'enfant et de réfléchir à des stratégies de réparation si la personne a déjà tenu des propos ou accompli des actes préjudiciables pour l'enfant. Selon l'âge et le niveau de développement de l'enfant, des sessions individuelles avec l'enfant peuvent également s'avérer utiles pour discuter des émotions que peut ressentir l'enfant en raison des réactions et des propos de la personne qui s'occupe de lui.

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 se met en colère ou commence à blâmer l'enfant, demandez-lui poliment de quitter la pièce. Même si la colère est une émotion normale, qui peut être indispensable à la guérison de la personne qui s'occupe de l'enfant, il n'est pas souhaitable de poursuivre une session avec un enfant et la personne s'occupant de lui si cette personne n'est pas en mesure de contrôler ses émotions et ses réactions. Utilisez le temps qu'il vous reste pour parler avec l'enfant de la réaction que vient d'avoir la personne qui s'occupe de lui et pour rappeler certains messages essentiels, à savoir que l'enfant n'est pas responsable des violences qui lui ont été infligées et n'est pas non plus responsable de la réaction de la personne qui s'occupe de lui. Puis parlez-en avec la personne qui s'occupe de l'enfant et organisez avec elle une session individuelle pour approfondir le sujet. Lors d'une autre session avec la personne qui s'occupe de l'enfant, travaillez avec elle pour l'aider à modifier ses croyances néfastes et à gérer sa colère en la canalisant de manière plus positive, en particulier devant l'enfant.

Mettre fin à la session :

Avant de mettre fin à la session, passez en revue les points que vous avez abordés avec l'enfant et la personne qui s'occupe de l'enfant, puis demandez aux deux parties ce qui leur a semblé le plus utile au cours de la session. Il est également essentiel de demander à l'enfant et à la personne qui s'en occupe s'ils ont des questions sur les informations fournies au cours de la session. Avant leur départ, invitez l'enfant et la personne qui s'en occupe à participer à une autre session d'éducation thérapeutique la semaine suivante, si nécessaire.

APPRENTISSAGE DE LA RELAXATION

APERÇU

Les travailleurs sociaux peuvent enseigner aux enfants des techniques pour faire face au stress et réduire les symptômes physiologiques associés, par exemple le cœur qui s'emballé ou qui bat très fort, les troubles du sommeil ou de la concentration, la colère, l'anxiété, etc. Plusieurs études montrent que le stress a tendance à se manifester de manière physique chez les enfants. Lorsqu'ils sont en proie à un stress émotionnel, ils peuvent ressentir des symptômes physiques tels que des maux de tête, des maux de ventre, des nausées et d'autres maux. Par conséquent, il peut leur être utile de comprendre le lien entre le stress émotionnel et son impact sur le corps. En apprenant des techniques de relaxation physique, ils peuvent acquérir des outils qui les aident à apaiser leurs symptômes physiques.

CONSIDÉRATIONS IMPORTANTES

Les techniques doivent être adaptées aux besoins, aux préférences et à l'âge de l'enfant, ainsi qu'au contexte local. Vous pouvez :

- » Réciter une prière ;
- » Observer la flamme vacillante d'une bougie ;
- » Danser et chanter ;
- » Faire des exercices de respiration ;
- » Ou toute autre technique qui peut aider l'enfant à se détendre physiquement et mentalement, y compris celles présentées dans cette annexe.

La variété des exercices de relaxation qui peuvent être proposés permet d'adapter certains exercices aux très jeunes enfants (à partir de 2 ans). Des exercices de respiration simples peuvent être mis au point pour les jeunes enfants et réalisés avec eux. La visualisation guidée ou d'autres techniques de relaxation plus complexes peuvent être davantage adaptées aux enfants de 6 ans ou plus. Les superviseurs et les travailleurs sociaux doivent examiner différentes techniques et ressources afin de déterminer lesquelles sont les plus adaptées au contexte et susceptibles d'être acceptées et utilisées par les enfants et les personnes qui s'occupent d'eux.

INSTRUCTIONS POUR LES TECHNIQUES DE RELAXATION

Les travailleurs sociaux peuvent enseigner aux enfants de nouvelles manières d'atténuer leurs réactions négatives. La transmission des techniques de relaxation de base s'opère toujours selon un schéma similaire. La plupart des exercices de relaxation peuvent être réalisés en trois ou quatre principales étapes.

Étape 1 : Expliquez l'exercice

Expliquez l'exercice et son objectif en termes simples. S'il risque d'entraîner un inconfort ou de provoquer des émotions difficiles, parlez-en en amont. Dites par exemple : « On va s'entraîner à respirer d'une manière particulière aujourd'hui. C'est un exercice qui peut faciliter l'apaisement quand on se sent contrarié. Lorsque l'on pratique ce type de respiration pour la première fois, il arrive parfois que l'on se sente nerveux ou mal à l'aise. Si cela arrive, tu peux arrêter l'exercice et reprendre ta respiration normale. »

Veillez à modifier la description des exercices de relaxation en fonction du stade de développement et de la maturité de l'enfant. À un jeune enfant par exemple, vous pourriez dire : « On va respirer profondément par le ventre. Dans cet exercice, on essaie d'inspirer autant d'air que possible pour que notre ventre ressemble à un gros ballon. Ensuite, on vide notre ventre ballon aussi lentement que possible. »

Étape 2 : Faites une démonstration

Faites toujours une démonstration au préalable, de sorte que l'enfant et la personne qui s'en occupe puissent voir comment réaliser l'exercice avant de s'entraîner. Vous devrez peut-être exagérer la technique aux fins de la démonstration, notamment s'il s'agit d'un style de respiration ou d'un exercice sans grands mouvements.

Étape 3 : Demandez à l'enfant (et à la personne qui s'en occupe) de s'entraîner à réaliser l'exercice

Demandez à l'enfant et à la personne qui s'en occupe de s'entraîner à réaliser l'exercice. Faites l'exercice avec eux au besoin ou donnez-leur des consignes orales pendant qu'ils s'entraînent. Par exemple, dites : « On va inspirer par le nez en comptant jusqu'à trois, puis expirer par la bouche en comptant jusqu'à trois. On va le faire trois ou quatre fois. Ensuite, on essaiera d'inspirer et d'expirer en comptant jusqu'à quatre. Vous êtes prêts ? »

« Inspirez par le nez en comptant un, deux et trois. Maintenant, expirez par la bouche en comptant un, deux et trois. Recommencez trois fois. »

Étape 4 : Invitez l'enfant à s'entraîner à la maison

Les exercices de relaxation demandent de l'entraînement. Demandez à l'enfant et aux personnes qui s'en occupent de s'entraîner à des moments opportuns. Établissez un lien entre la pratique et l'objectif spécifique de l'exercice pour l'enfant. Demandez à l'enfant de commencer par s'entraîner deux ou trois fois, lorsqu'il se sent en sécurité et à des moments où il ne sera pas interrompu, ou lorsqu'il se sentira prêt. Conseillez-lui également d'essayer de se souvenir de ce qu'il ressent pendant et après les séances d'entraînement. Dites-lui que vous discuterez de ses progrès lors de votre prochaine session. À mesure les exercices lui semblent plus faciles et que l'enfant se fait une idée des exercices de relaxation qui lui plaisent et qui lui sont utiles, demandez-lui d'y avoir recours dans les moments d'inquiétude, d'accablement ou d'émotions difficiles à gérer pour lesquelles il a reconnu avoir besoin d'un soutien.

Cette annexe fournit des orientations sur deux techniques de relaxation, ainsi que des ressources complémentaires sur d'autres exercices de relaxation. Les techniques de relaxation décrites dans cette section sont :

- » La respiration abdominale contrôlée ;
- » La relaxation du corps.

RESPIRATION ABDOMINALE CONTRÔLÉE

La respiration abdominale contrôlée est une technique utile pour aider les enfants et les parents à gérer leur anxiété et leur stress. Elle est généralement enseignée aux enfants pour leur donner les moyens de faire face aux pensées stressantes et aux émotions fortes. L'objectif de cette technique de relaxation est d'amener les enfants à se concentrer sur leur respiration, afin qu'ils puissent respirer lentement et profondément. Les enfants découvrent également qu'il existe des stratégies qui peuvent les aider à gérer leurs sentiments de tension ou d'anxiété. Enfin, ils prennent conscience qu'en se concentrant sur leur 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 trois étapes à suivre pour enseigner la respiration abdominale contrôlée aux enfants :

Étape 1 : Expliquer la technique

Expliquez à l'enfant pourquoi il est utile d'apprendre une technique de respiration. Par exemple, dites : « Aujourd'hui, on va apprendre une technique pour se calmer et contrôler notre nervosité et notre angoisse. Je vais te montrer une activité de respiration qui peut t'aider à calmer ton corps et ton esprit. Quand on est angoissé, on a 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. »

Étape 2 : Faire une démonstration

Montrez à l'enfant comment inspirer et expirer lentement. Pour respirer de façon contrôlée, il faut :

- » S'installer dans 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 posée sur l'estomac, l'autre sur la poitrine. Lors de l'inspiration, la main placée sur l'estomac doit « monter », tandis que lorsque l'on expire, la main doit « redescendre ». La main placée sur la poitrine doit rester immobile.

Étape 3 : Inviter l'enfant à essayer

- » Certains enfants peuvent avoir envie de s'allonger au sol avec un jouet ou un objet de petite taille sur le ventre. À chaque respiration, l'objet doit monter et descendre. Vous pouvez aussi suggérer à l'enfant d'imaginer que son ventre est un ballon, qui gonfle puis se dégonfle ;
- » Félicitez l'enfant pendant qu'il s'exerce. Une fois que l'enfant s'est entraîné plusieurs fois, demandez-lui de respirer plus lentement au moment de l'expiration. Il peut être utile de compter pendant que l'enfant respire, en disant : « Respire d'abord lentement et profondément par le nez. Compte un, deux, trois et regarde ton estomac, et non tes épaules, se soulever. Puis expire en comptant un, deux, trois, quatre, cinq et regarde ton estomac s'abaisser. » ;
- » 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 doit essayer de se les représenter comme des nuages qui se dissipent ;

- » Demandez à l'enfant de s'entraîner en réalisant des exercices de respiration contrôlée tous les jours à la maison, pendant quelques minutes ou plus si possible. Les enfants peuvent s'exercer le soir au moment de s'endormir, ou à tout autre moment qui leur convient. Les enfants plus âgés peuvent prendre note de leurs entraînements sur une feuille pour en discuter avec vous plus tard. Aidez l'enfant à décider où et quand s'entraîner à la maison, en tâchant de déterminer ce qui pourrait l'empêcher de s'entraîner seul. Les premières sessions d'entraînement doivent être effectuées lorsque l'enfant est calme et parvient à se concentrer, et non pas lorsqu'il est stressé ou anxieux.

Faire participer la personne qui s'occupe 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 est souvent bénéfique pour les parents également, compte tenu du niveau élevé de stress qu'ils peuvent ressentir. Les parents et les 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.

RELAXATION DU CORPS

Les enfants comme les adultes peuvent utiliser cette technique pour détendre leur corps et réduire leur tension musculaire. La relaxation du corps est particulièrement utile pour les enfants et les 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 plusieurs fois de suite. En constatant la différence, les enfants apprennent à reconnaître les sensations de tension, et à les neutraliser. Il existe de nombreuses façons d'enseigner des techniques de relaxation aux enfants, dont certaines dépendent de l'âge de l'enfant. Nous présentons plusieurs de ces méthodes dans cette annexe ; toutefois, n'hésitez pas à faire preuve de créativité pour aider les enfants à apprendre 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 du corps

Expliquez en quoi consiste la relaxation du corps, et pourquoi elle est importante. Vous pouvez dire, par exemple : « Parfois, on se sent un petit peu effrayé ou nerveux. Lorsqu'on ressent 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, on va t'apprendre à détendre ton corps. Cela peut t'aider à te sentir plus détendu et plus calme. »

Étape 2 : Guider l'enfant tout au long de l'exercice de relaxation du corps

Les travailleurs sociaux doivent avoir suivi une formation sur la relaxation du corps (et savoir la pratiquer) pour pouvoir l'expliquer de manière efficace. Ils peuvent guider les enfants en suivant les instructions suivantes :

1. Demandez à l'enfant de s'asseoir confortablement ou de s'allonger. L'enfant doit être installé le plus confortablement possible. Proposez-lui de fermer les yeux, s'il le souhaite ;
2. Dites-lui « Inspire, puis expire profondément par le nez. Répète cette action une fois. Je vais te demander de contracter puis de relâcher des muscles spécifiques de ton corps. Concentre-toi sur ce que tu ressens dans tes muscles, et surtout sur la différence entre la tension et la relaxation. Après avoir été tendu, le muscle semble plus relâché ».

3. Dites à l'enfant :

- « Concentre-toi d'abord sur les principaux muscles de tes 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 détends tes muscles. Relâche 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 bras, tes avant-bras et tes mains. Serre les poings très fort. Contracte les muscles de tes bras et de 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, de tes bras et de tes mains se détendre. Sens-tu comme tu es détendu(e) quand tu baisses tes épaules pour reprendre une position confortable, les bras relâchés de chaque côté 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 en évacuant toute la tension. Inspire et détends-toi. Expire en évacuant toute la tension. Continue d'inspirer et d'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. Tu peux te cambrer légèrement en même temps. Maintiens la tension... Puis détends tes muscles. Relâche toute la tension. Sens ton dos se détendre de façon agréable et reprendre une position confortable. »
 - « 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 détends-toi. Relâche les muscles de ta poitrine et de ton estomac. »
 - « Enfin, contracte tous les muscles de ton visage. Ferme fort tes yeux, plisse ton nez et contracte les muscles de tes joues et de ton menton. Maintiens cette tension dans ton visage... Puis détends-toi. Relâche toute la tension. Tu sens comme ton visage est détendu ? »
 - « Essaie de penser à tous les muscles de ton corps. Sens-tu comme ils sont détendus ? Laisse aller les dernières tensions. Prends un moment pour apprécier l'état de relaxation que tu ressens. Regarde comme tu respirez calmement, comme tes muscles sont détendus. Profite de cet état de relaxation pendant encore quelques instants. »
4. Lorsque l'enfant est prêt à retrouver sa vivacité et sa conscience habituelles, invitez-le à réveiller son corps lentement. Il peut agiter ses doigts et ses orteils, balancer doucement les bras ou étirer ses bras et ses jambes.
5. Encouragez l'enfant à pratiquer cet exercice de relaxation à la maison avant de s'endormir.

Expliquer la relaxation du corps aux jeunes enfants :

Les jeunes enfants ne sont pas en mesure de suivre des instructions détaillées. Par conséquent, faites preuve de créativité pour leur enseigner les techniques de relaxation du corps. Vous pouvez adopter un langage imagé, par exemple en comparant le corps à une nouille ou un haricot cru (ou tout autre aliment plus approprié dans le contexte local). Voici un texte possible : « Tu as déjà vu des haricots pas encore cuits ? À quoi est-ce qu'ils ressemblent ? Ils sont tout durs. Et comment sont les haricots lorsqu'ils sont cuits ? À quoi est-ce qu'ils ressemblent ? Ils sont mous et pâteux. On va faire semblant d'être des haricots crus puis cuits ! D'abord, on va faire semblant d'être des haricots crus : on va se tenir très droits, de manière raide et tendue. Ensuite, on fera semblant d'être des haricots cuits, lâches, détendus et mous. On essaie encore une fois [répétez en veillant à ce que l'enfant suive]. On fait comme les haricots crus... Très bien, maintenant comme les haricots cuits... Puis comme les haricots crus. » Laissez passer quelques secondes, puis dites : « Haricots cuits... » [vous pouvez recommencer plusieurs fois].

Faire participer la personne qui s'occupe de l'enfant :

La relaxation du corps 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. Les parents et les enfants peuvent apprendre les mêmes techniques de relaxation du corps. Pour renforcer leurs aptitudes, les enfants peuvent aider le travailleur social à enseigner la technique aux parents au cours de la session.

AUTRES RESSOURCES SUR L'APPRENTISSAGE DE LA RELAXATION

Ressource	Exercices clés
Exercices d'ancrage, de régulation des émotions et de relaxation ¹¹³	L'outil « Dessine un lieu où tu es en sécurité » a été testé auprès de jeunes enfants afin de les aider à se créer une représentation visuelle d'un lieu sûr qui a une résonance personnelle pour eux et où ils peuvent se réfugier mentalement lorsqu'ils se sentent stressés. Cet outil peut également être utilisé avec des enfants plus âgés, sous la forme d'un exercice de visualisation mentale guidée.
Let's Get Grounded: A Toolkit for survivors ¹¹⁴	Ce manuel contient des explications sur les trois types d'exercices d'ancrage (physique, psychique et d'apaisement) et fournit des idées et des exercices simples pour chaque type d'ancrage. Tout n'est pas adapté à chaque contexte, mais il existe plusieurs manières de réaliser chaque type d'ancrage.
Site Internet « Resources for Resilience »	Le site <i>Resources for Resilience</i> propose plusieurs courtes vidéos YouTube intitulées « Rapid Resets » qui peuvent être utilisées pour les enfants dans les zones disposant d'un bon accès à Internet et d'une bande passante suffisante.
Save the Children	Propose plusieurs exercices de relaxation faciles à réaliser avec les enfants, à l'intention de travailleurs sociaux.

¹¹³ National Center on Domestic Violence, Trauma & Mental Health (NCDVTMH), *Exercises for Grounding, Emotional Regulation & Relaxation for Children and Their Parents*. NCDVTMH, 2014.

¹¹⁴ Arizona Coalition to End Sexual and Domestic Violence (ACESDV), *Let's Get Grounded: A Toolkit for Survivors*. ACESDV, non daté.

CAPACITÉS D'ADAPTATION

APERÇU

Les répercussions des violences sexuelles peuvent être difficiles à gérer pour les enfants survivants. Ils peuvent ressentir de la honte ou 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 des violences sexuelles. Toutefois, les travailleurs sociaux doivent garder à l'esprit que les enfants sont forts, et qu'ils sont capables de guérir, de se remettre et de vivre heureux et en bonne santé.

Cette intervention vise avant tout à aider les enfants à identifier et à mettre au point leurs propres stratégies d'adaptation internes, ainsi qu'à acquérir des compétences pour retrouver leur calme, reconnaître les moments dans lesquels ils ont besoin de soutien et gérer les émotions difficiles. Un plan d'adaptation doit identifier des sources de soutien social externes et des activités axées sur les centres d'intérêt et les points forts de l'enfant. Les enfants sont ainsi encouragés à participer à des activités positives qui leur plaisent. Plus ils participent à des activités et plus ils reçoivent du soutien, meilleures sont leur humeur et leurs chances de retrouver un mode de fonctionnement normal (aller à l'école, jouer avec des amis, parler aux autres, etc.). Un plan d'adaptation comprend :

- » Un soutien social qui permet à l'enfant de se sentir en sécurité et de satisfaire ses besoins émotionnels ;
- » Des activités axées sur ses centres d'intérêt et ses points forts ;
- » Des exercices axés sur des aptitudes personnelles et sur des compétences sociales ou émotionnelles.

Grâce à ce plan, les travailleurs sociaux peuvent encourager les enfants à participer à des activités positives qui leur plaisent.

CONSIDÉRATIONS IMPORTANTES

Cette intervention peut être réalisée individuellement et/ou (en partie) avec les personnes s'occupant de l'enfant qui ne sont pas les auteurs, si l'enfant et la personne qui s'en occupe sont d'accord.

Cette intervention peut s'appuyer sur l'admission et sur l'évaluation psychosociale ayant permis d'identifier les facteurs de risque et de protection. Il est bénéfique pour tout enfant survivant que les travailleurs sociaux tiennent compte de ces facteurs et soient en mesure d'intégrer dans le plan d'adaptation des actions visant à renforcer les facteurs de protection.

Cette intervention fait appel à certaines compétences cognitives, émotionnelles et verbales, c'est pourquoi elle est mieux adaptée aux adolescents (enfants de 10 ans ou plus). Selon son niveau de maturité et ses capacités, un enfant plus jeune pourra tout de même bénéficier d'un plan d'adaptation élaboré en partenariat avec les personnes n'ayant pas commis de violences qui s'occupent de lui.

INSTRUCTIONS DE L'EXERCICE SUR LES CAPACITÉS D'ADAPTATION

Étape 1 : Identifier des personnes dignes de confiance et des actions apaisantes

Demandez à l'enfant : « Quand tu ressens cette émotion (par exemple, la peur, la tristesse, etc.), à qui peux-tu en parler ? » Invitez l'enfant à dresser une liste des personnes auxquelles il peut se confier.

Demandez : « Lorsque tu ressens cette émotion, qu'est-ce qui t'aide à te sentir mieux ? Que fais-tu pour te sentir mieux ? » Reconnaissez toujours la légitimité des sentiments décrits par l'enfant.

Étape 2 : Identifier les activités qui plaisent à l'enfant

En vous appuyant sur les points forts de l'enfant, demandez-lui : « Comment te sens-tu quand tu fais ces activités ? » Aidez l'enfant à identifier les émotions positives (par exemple, la joie, la détente, etc.) qu'il éprouve en s'adonnant à des activités agréables de manière individuelle, en famille et au sein de la communauté.

Étape 3 : Dresser un plan avec l'enfant

En vous appuyant sur les réponses de l'enfant, préparez ensemble un plan réunissant les personnes, les activités, les centres d'intérêt, les aptitudes, les compétences et les autres points identifiés. Ce plan servira à aider l'enfant quand il a besoin de soutien. Demandez aux travailleurs sociaux d'aider l'enfant à mettre en œuvre le plan. Lors de la rencontre suivante, faites le point avec l'enfant et la personne qui s'en occupe afin de savoir s'ils ont essayé d'appliquer le plan et si cela aide ou non l'enfant à se sentir mieux.

Exemples d'activités utiles pour aider l'enfant à identifier ses points forts et ses centres d'intérêt :

- » Parlez, dessinez ou jouez avec l'enfant pour l'aider à identifier ses centres d'intérêt et à désigner les personnes qui le soutiennent et qui lui procurent un sentiment de sécurité. Assurez-vous que l'enfant sait où trouver ces personnes ;
- » Parlez, dessinez ou jouez avec l'enfant pour en savoir plus sur sa foi et ses croyances spirituelles. Le cas échéant et si l'enfant le souhaite, vous pouvez l'aider à retrouver la foi, notamment en cas de sentiment d'isolement ;
- » Parlez, dessinez ou jouez avec l'enfant pour l'aider à identifier ce qu'il peut faire dans les moments de tristesse, d'anxiété, d'inquiétude, etc. Cherchez à savoir quelles activités l'aident à se sentir mieux, qui sont ses amis et les personnes en qui il a confiance ;
- » Encouragez l'enfant et aidez-le à évaluer ses points forts. Félicitez-le. Les enfants ont besoin de se voir comme des humains capables, qui méritent amour, bonheur et protection.

Utilisez un plan d'action de prise en charge, plutôt qu'un formulaire supplémentaire, pour prendre note des points forts de l'enfant, des capacités d'adaptation qu'il doit travailler, de ses activités sociales et de ses sources de soutien.

RÉSOLUTION DE PROBLÈMES

APERÇU

L'intervention de résolution des problèmes fournit des outils qui permettent aux individus d'identifier et de résoudre les problèmes issus de facteurs de stress de la vie, quelle que soit leur ampleur, afin d'améliorer leur qualité de vie générale¹¹⁵. Il s'agit d'une approche très concrète, car elle s'intéresse surtout au présent plutôt qu'aux expériences vécues dans le passé. Les enfants ayant subi des violences sexuelles seront en effet confrontés à de nombreux problèmes différents, qui ne sont pas nécessairement tous en rapport direct avec les violences subies.

Lors de l'évaluation psychosociale, un enfant peut signaler les difficultés ou les problèmes qu'il rencontre dans sa vie quotidienne. Il peut avoir du mal à se sentir accepté par un parent ou ses amis, ou à retourner à l'école. D'autres facteurs contributifs sont les suivants :

- » 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 ;
- » La vie dans la rue.

Les travailleurs sociaux évaluent les principales difficultés rencontrées par l'enfant grâce à l'évaluation des besoins psychosociaux. Les informations recueillies leur permettent d'aider l'enfant à mettre en place des mesures pour résoudre les problèmes les plus importants auxquels il est confronté. Suivez les étapes ci-dessous pour aider l'enfant à résoudre les problèmes auxquels il est confronté de manière autonome, tout en le soutenant pleinement au cours de ce processus.

CONSIDÉRATIONS IMPORTANTES

Les plans de résolution des problèmes peuvent se présenter sous différents formats. L'enfant et le travailleur social peuvent avoir recours à des dessins ou des symboles plutôt qu'à des mots pour décrire le problème, les objectifs et les étapes de résolution. Cette approche convient aux enfants âgés de 6 ans et plus.

Les plans de résolution des problèmes peuvent être adaptés à de nombreuses situations différentes, y compris la plupart des situations humanitaires. Toutefois, même dans les milieux où les ressources sont abondantes, certains problèmes n'ont pas de solution. Dans les situations de crise humanitaire où les ressources et les possibilités d'orientation vers d'autres services sont limitées, le travailleur social doit identifier avec l'enfant quels problèmes lui semblent les plus importants à résoudre, tout en faisant preuve de réalisme quant à la possibilité de surmonter complètement ces difficultés.

¹¹⁵ Nezu, A. M., Maguth Nezu, C. et D'Zurilla, T., [Problem-Solving Therapy: A Treatment Manual](#). Springer Publishing, 2012.

Les plans de résolution des problèmes peuvent être adaptés à de nombreuses situations différentes, y compris la plupart des situations humanitaires. Toutefois, même dans les milieux où les ressources sont abondantes, certains problèmes n'ont pas de solution. Dans les situations de crise humanitaire où les ressources et les possibilités d'orientation vers d'autres services sont limitées, le travailleur social doit identifier avec l'enfant quels problèmes lui semblent les plus importants à résoudre, tout en faisant preuve de réalisme quant à la possibilité de surmonter complètement ces difficultés.

Le processus de résolution de problèmes décrit ici est spécifiquement destiné à être utilisé auprès d'enfants survivants dans le cadre du processus de gestion des cas. Toutefois, si vous travaillez avec une personne n'ayant pas commis de violences qui s'occupe d'un jeune enfant ou d'un enfant et qui ne peut pas participer de manière significative à la prise de décision, vous pouvez utiliser le manuel « Gestion des problèmes Plus (PM+) » de l'OMS¹¹⁶, conçu pour travailler avec des adultes et pouvant être adapté à différents contextes. Ce manuel peut également s'avérer plus pertinent pour la prise en charge d'adolescents plus âgés et d'adolescentes mariées ayant vécu des violences. Lorsque les travailleurs sociaux utilisent le manuel PM+ pour intervenir auprès de la personne n'ayant pas commis de violences qui s'occupe de l'enfant, ils doivent tout de même faire participer l'enfant survivant dans la mesure du possible, en l'invitant à expliquer ses problèmes, à prendre part à la recherche de solutions potentielles et à exprimer ses priorités. Ce processus dépend de l'âge, du niveau de développement et des capacités de l'enfant.

INSTRUCTIONS POUR LA RÉOLUTION DE PROBLÈMES

Étape 1 : Identifiez les problèmes qui préoccupent le plus l'enfant

Posez des questions, par exemple : « Qu'est-ce qui t'inquiète le plus en ce moment ? » ou « Quels problèmes rencontres-tu en ce moment ? » (Cette information figure normalement dans la première section de l'évaluation.) Certains enfants auront peut-être du mal à répondre à ces questions. Consultez une nouvelle fois les informations recueillies pendant l'évaluation initiale.

Par exemple, dites : « Lors de notre première rencontre, tu m'as dit que tu n'allais pas à l'école en ce moment, et pourtant tu aimes l'école. Tu peux m'en dire plus à ce sujet ? »

Parmi les problèmes identifiés, déterminez lesquels sont directement liés aux violences sexuelles, et aidez l'enfant à élaborer un plan pour y faire face. Tenez également compte des préoccupations plus générales ayant trait au bien-être de l'enfant. Aidez l'enfant à trouver des stratégies pour faire face à ces difficultés et/ou orientez l'enfant vers d'autres organismes si les services et le soutien dont il a besoin dépassent le champ de vos compétences.

Étape 2 : Classez les problèmes par ordre de priorité

Lorsque plusieurs problèmes sont identifiés au cours de l'évaluation, certains d'entre eux peuvent parfois être résolus grâce à des techniques de lutte contre le stress, des séances d'éducation thérapeutique et des interventions visant à renforcer les capacités d'adaptation de l'enfant (*voir les sections sur l'éducation thérapeutique, l'apprentissage de la relaxation et les capacités d'adaptation*). En ce qui concerne les autres problèmes, l'enfant doit être orienté vers les services qui lui permettront de recevoir un soutien approprié. Aidez l'enfant à classer par ordre de priorité les problèmes qui l'inquiètent le plus et qui peuvent être traités en faisant appel aux différents niveaux d'intervention. Selon la nature de ces problèmes, déterminez s'il est nécessaire d'orienter l'enfant vers d'autres organismes, ou si le problème peut être résolu par l'intermédiaire des interventions de SMSPS décrites ci-dessus. Par exemple, si l'enfant craint d'être tenu responsable des violences sexuelles par sa famille, réalisez une session d'éducation thérapeutique auprès des personnes qui s'occupent de l'enfant, et réfléchissez avec l'enfant à d'autres mesures susceptibles de résoudre ce problème.

¹¹⁶ World Health Organization, [Problem Management Plus \(PM+\): Individual psychological help for adults impaired by distress in communities exposed to adversity](#), WHO, 2018.

Dans d'autres situations, une orientation vers d'autres services peut s'avérer nécessaire. Par exemple, si l'enfant vit sans adulte pour s'occuper de lui, veillez à ce qu'un travailleur social spécialisé dans la protection de l'enfance intervienne également dans la prise en charge. Dans le cadre d'interventions directes, les travailleurs sociaux doivent essayer de ne pas aborder plus de trois problèmes et doivent s'assurer qu'il est possible de mettre en place des actions concrètes pour résoudre chacun d'eux.

Il peut être utile de proposer un exercice de hiérarchisation pour aider l'enfant à classer ses problèmes par ordre de priorité. Cet exercice commence par l'établissement sans ordre particulier d'une liste de tous les problèmes rencontrés par l'enfant qui ont été identifiés pendant l'évaluation. Le travailleur social et/ou l'enfant peuvent écrire ou dessiner chacun de ces problèmes ou utiliser un symbole (par exemple, un livre peut représenter l'école), qu'ils placent sur une table ou sur le sol. Ensuite, l'enfant doit désigner les trois à cinq problèmes qui, selon lui, sont les plus importants. Si l'enfant a écrit ou dessiné les problèmes, il peut utiliser un feutre pour identifier les problèmes principaux. Si les problèmes ont été représentés par des objets symboliques, l'enfant peut prendre les objets associés aux problèmes principaux et les placer à l'écart.

Il se peut que les problèmes jugés prioritaires par l'enfant ne soient pas les plus importants à vos yeux ; les choix de l'enfant vous fournissent néanmoins d'importantes indications sur son expérience et, à ce titre, ne doivent pas être ignorés. Au cours de l'étape suivante, vous pouvez à votre tour classer par ordre de priorité les trois à cinq problèmes qui vous semblent les plus importants. Il peut y avoir des recoupements entre la liste de l'enfant et la vôtre : les problèmes qui se recoupent sont ceux qui doivent être résolus. Dans les situations où les priorités identifiées sont 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 divergent 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 : Élaborez un plan de résolution des problèmes avec l'enfant

La résolution de problèmes suit une série d'étapes simples. Il est tout d'abord essentiel d'identifier le problème. Ensuite, il faut formuler un objectif (autrement dit, à quoi ressemblerait la vie de l'enfant si le problème était résolu). Enfin, il faut réfléchir à toutes les solutions possibles, en définissant celles qui sont du ressort de l'enfant, de la personne qui s'en occupe, des travailleurs sociaux ou d'autres intervenants pouvant apporter leur aide. Les étapes de résolution des problèmes doivent être concrètes et spécifiques.

EXEMPLE DE RÉOLUTION DE PROBLÈMES

Description du cas :

Alisha s'inquiète que son père se mette en colère lorsqu'il rentrera à la maison et qu'il apprendra qu'elle a été violée. Alisha a peur que son père la chasse de la maison. Jusqu'à présent, Alisha a toujours entretenu une bonne relation avec son père, et sa mère la soutient. En outre, Alisha a indiqué qu'elle a des problèmes d'intégration à l'école : cela fait un moment que ses camarades l'ignorent et l'excluent des activités, aussi bien à l'école qu'en dehors.

Principaux problèmes :

- » Le père d'Alisha la punira en raison du viol qu'elle a subi ;
- » Les camarades de classe d'Alisha l'excluent des activités de loisirs.

Les objectifs d'Alisha :

- » Être acceptée et ne pas être blâmée par son père, et pouvoir vivre une vie heureuse chez elle ;
- » Être acceptée par ses camarades de classe et participer à des activités de loisirs.

Solutions possibles (identifiées grâce à un exercice de réflexion mené conjointement par le travailleur social et Alisha) :

- » Alisha peut confier ses peurs à sa mère ;
- » Le travailleur social et la mère d'Alisha peuvent aller voir son père pour lui expliquer la situation ;
- » Le travailleur social peut faire appel à une personne en laquelle le père a confiance et qu'il respecte pour lui expliquer ce qu'il se passe ;
- » Le travailleur social peut mettre en place un plan de secours pour Alisha si son père la chasse malgré tout de la maison ;
- » Le travailleur social peut aider Alisha à gérer son inquiétude constante au sujet de son père.

Plan de résolution des problèmes :

Après avoir réfléchi aux différentes solutions possibles, Alisha et le travailleur social se mettent d'accord sur les mesures à prendre pour résoudre le problème (*Tableau 1*). Il existe différentes manières d'aider les enfants à établir un plan pour résoudre leurs problèmes.

Tableau 1 : Le plan de résolution des problèmes d'Alisha

Problème	Objectifs	Solutions	Où	Qui
Le père d'Alisha la punira en raison du viol qu'elle a subi.	Le père d'Alisha l'accepte et ne la blâme pas pour ce qui est arrivé.	Parler de la peur d'Alisha.	La semaine prochaine.	Le travailleur social, la mère d'Alisha et Alisha.
		Rencontrer le père avec une personne de soutien.	Lorsqu'il rentre à la maison.	Le travailleur social et la mère d'Alisha.
		Sensibiliser le père afin de l'aider à accepter et à comprendre ce qu'il s'est passé.	Lorsqu'il rentre à la maison et en trois occasions après le premier rendez-vous.	Le travailleur social et la mère d'Alisha si elle le souhaite.
		Établir un plan de secours.	Lors du prochain rendez-vous.	Le travailleur social et Alisha.
Alisha est exclue des activités de loisirs.	Les camarades de classe d'Alisha l'acceptent et l'invitent à participer aux activités.	En parler à l'institutrice.	Aujourd'hui.	Le travailleur social.
Dresser ici la liste des autres problèmes				

Chapitre 7

LA COORDINATION DE LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS SURVIVANTS

PRÉSENTATION DU CHAPITRE

Il est essentiel d'assurer une bonne coordination entre les prestataires de services, en particulier dans les cas de violences sexuelles visant les enfants, étant donné la complexité, le caractère pluridisciplinaire et les niveaux de risque inhérents à la prise en charge de ces cas spécifiques. Ce chapitre décrit les meilleures pratiques à adopter pour assurer la coordination de la prise en charge d'enfants ayant subi des violences sexuelles. Il présente :

- » Des stratégies de coordination et de collaboration entre les acteurs de la lutte contre la VBG et ceux de la protection de l'enfance ;
- » Des stratégies de coordination multisectorielle ;
- » Des exemples de meilleures pratiques.

Outils connexes

Gestion des formes concomitantes et multiples de violence

Coordination avec les organismes publics en matière de lutte contre les violences sexuelles visant les enfants

COORDINATION DE LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS AYANT SUBI DES VIOLENCES SEXUELLES ENTRE ACTEURS DE LA LUTTE CONTRE LA VBG ET ACTEURS DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE

Une bonne coordination et une étroite collaboration entre les prestataires de services de lutte contre la VBG et de protection de l'enfance sont indispensables pour apporter des soins et un soutien bienveillants et efficaces aux enfants qui ont subi des violences sexuelles. Non seulement les acteurs de la lutte contre la VBG et de la protection de l'enfance sont les premiers secteurs capables de fournir des services de gestion de cas aux enfants ayant subi des violences sexuelles, mais ils sont également souvent les premiers points d'entrée pour les enfants et/ou les personnes qui s'en occupent et qui recherchent de l'aide. La coordination de la prestation de services entre les acteurs de la lutte contre la VBG et ceux de la protection de l'enfance permet d'atténuer les risques suivants :

- » La transmission d'informations contradictoires ou confuses à l'enfant et/ou aux personnes qui s'en occupent ;
- » Le fait de revivre le traumatisme à plusieurs reprises lorsque l'enfant doit répéter son histoire à différents acteurs ;
- » La perte de confiance à l'égard des prestataires de services et de leur capacité à apporter de l'aide ;
- » Le retard de la prestation de services, qui peut avoir des conséquences durables pour l'enfant ;
- » L'accès limité aux services et le choix restreint de prestataires de services.

Cette coordination et cette collaboration nécessitent une confiance mutuelle, ainsi que des mécanismes convenus en matière de prestation de services et de communication. L'un des objectifs de ces orientations est de renforcer les capacités des acteurs de la lutte contre la VBG et de la protection de l'enfance à assurer la prise en charge d'enfants ayant subi des violences sexuelles, tout en veillant à renforcer l'accès et les choix offerts à ces enfants. Les stratégies décrites ci-dessous permettent de faciliter la coordination entre les acteurs de la lutte contre la VBG et de la protection de l'enfance.

Élaborer des accords de coordination

Les accords de coordination sont des documents formels qui décrivent les principes clés et les différents rôles et responsabilités des prestataires de services lorsqu'ils interviennent dans des cas de violences sexuelles visant les enfants. Ces accords peuvent prendre différentes formes, notamment les suivantes :

- » Des procédures opérationnelles normalisées concernant les enfants qui ont subi des violences sexuelles ;
- » Des dispositions relatives aux enfants survivants dans les procédures opérationnelles normalisées relatives à la VBG et/ou à la protection de l'enfance ;
- » Des directives relatives à la gestion des cas spécifiques au contexte ;
- » Des accords de service entre deux partenaires/équipes ou plus ;
- » Des notes d'orientation simples élaborées de manière collaborative par les acteurs concernés.

L'objectif de ces accords est de fournir des conseils, étape par étape, sur la manière d'aider les enfants ayant subi des violences sexuelles, en tenant compte des spécificités liées au contexte, de la disponibilité et des capacités des différents acteurs, ainsi que des différents besoins et des risques potentiels pour les survivants.

En raison de leur spécificité contextuelle, le contenu et la structure des accords de coordination concernant la gestion de cas de violences sexuelles visant les enfants varient. Néanmoins, ces accords doivent au moins aborder les points suivants :

Système d'orientation des enfants ayant subi des violences sexuelles

Il est pertinent de mettre en place un système d'orientation personnalisé dans les cas suivants :

- » Lorsque les points d'entrée sont très différents selon que la personne survivante est un enfant ou un adulte, ou lorsqu'il existe des exigences juridiques spécifiques à remplir (pour les enfants) ;
- » En cas de préoccupations concernant la formation, les connaissances et/ou les attitudes d'autres acteurs et secteurs à l'égard des enfants survivants ;
- » Lorsque des critères spécifiques relatifs à l'obligation de signalement ne concernent que certains acteurs (par exemple, lorsque la loi impose uniquement aux acteurs de la santé de répondre à des obligations spécifiques en matière de signalement).

Dans ces situations, un système d'orientation spécifique aux enfants survivants peut tenir compte de questions ou de préoccupations particulières qui ne s'appliquent pas aux survivants adultes utilisant des services de lutte contre la VBG ou aux enfants utilisant des services de protection de l'enfance. Les mécanismes d'orientation spécifiques aux enfants survivants doivent être alignés sur les autres systèmes d'orientation en matière de VBG et/ou de protection de l'enfance existant dans chaque contexte. Il s'agit notamment d'utiliser les bons formulaires d'orientation ou d'autres outils pour faciliter le partage sûr et confidentiel d'informations dans le cadre du processus de prise en charge et pour éviter d'avoir à interroger à plusieurs reprises l'enfant et/ou la personne qui s'en occupe.

- » Les principes sous-jacents de l'aide aux enfants ayant subi des violences sexuelles (voir le [chapitre 1](#)) ;
- » Les services ou le soutien que peut fournir chaque partenaire (ainsi que les lieux dans lesquels chaque service est disponible) ;
- » Les normes minimales concernant les compétences du personnel (voir les [chapitres 2,3 et 4](#)) ;
- » Les critères ou considérations à prendre en compte pour la désignation d'un travailleur social principal pour chaque cas et la répartition des rôles (voir la section ci-dessous pour plus d'informations) ;
- » Les mécanismes d'orientation, de suivi et d'échange d'informations ;
- » Les grandes lignes de toute législation pertinente en matière d'obligation de signalement et l'application de cette législation dans le contexte spécifique ;
- » Les modalités de coordination spécifiques aux cas de violences concomitantes, lorsque la personne n'ayant pas commis de violences qui s'occupe de l'enfant bénéficie du soutien d'un autre travailleur social principal (par exemple, lorsque le travailleur social désigné pour l'enfant fait partie de l'équipe de protection de l'enfance et que le travailleur social principal désigné pour la personne qui s'occupe de l'enfant fait partie de l'équipe de lutte contre la VBG, ou lorsque différents travailleurs sociaux de l'équipe de lutte contre la VBG s'occupent d'une mère et de son enfant). Pour plus d'informations, veuillez consulter l'[outil de gestion des formes multiples et concomitantes de violence](#).

Les accords de coordination entre les acteurs de la protection de l'enfance et ceux de la lutte contre la VBG peuvent être établis par les deux organes de coordination (par exemple, les groupes de travail sur la protection de l'enfance et la VBG ou les domaines de responsabilité), par deux organismes qui assurent la coordination de la prestation de services de lutte contre la VBG ou de protection de l'enfance, ou même par deux équipes au sein d'un même organisme qui s'intéressent respectivement aux services de lutte contre la VBG et à la protection de l'enfance. L'élaboration de ces accords peut être facilitée au moyen d'un ou de plusieurs ateliers de coordination réunissant des travailleurs sociaux, des superviseurs et des chefs d'équipe spécialisés dans la VBG et la protection de l'enfance. Ces ateliers peuvent compléter une formation sur la prise en charge des enfants survivants ou peuvent être organisés en tant qu'activité distincte. Des exemples relatifs à l'animation de ces ateliers sont fournis dans les [orientations opérationnelles de l'IRC sur la prise en charge des enfants ayant subi des violences sexuelles](#).

Bonne pratique : élaboration de procédures opérationnelles normalisées spécifiques au Pakistan

Le bureau de pays de l'UNICEF au Pakistan a élaboré en 2022 des *procédures opérationnelles normalisées pour les acteurs de la protection de l'enfance et de la lutte contre la VBG qui interviennent dans les cas de violences sexuelles visant les enfants*. L'objectif des procédures opérationnelles normalisées est d'éclairer la manière dont les acteurs de la protection de l'enfance et de la lutte contre la VBG se coordonnent pour fournir des soins de qualité et holistiques aux garçons et aux filles ayant subi des violences sexuelles. Ces procédures expliquent les principaux termes ainsi que les principes directeurs de la prestation de services de protection de l'enfance et de lutte contre la VBG aux enfants ayant subi des violences sexuelles. Elles détaillent les besoins différents des garçons et des filles qui ont subi des violences sexuelles ainsi que les responsabilités des secteurs clés en matière de prise en charge de ces cas dans le cadre du modèle multisectoriel, en tenant compte du genre de l'enfant survivant. Des orientations spécifiques sont fournies sur la manière d'obtenir un consentement ou un assentiment éclairé, de se conformer aux exigences relatives à l'obligation de signalement et d'en comprendre les risques inhérents, ainsi que d'orienter les personnes vers d'autres services de prise en charge et de partager des informations en toute sécurité. Dans ce contexte, l'élaboration de procédures opérationnelles spécifiques aux violences sexuelles visant les enfants a permis d'analyser plus en profondeur les besoins différents des garçons et des filles ayant subi des violences sexuelles, et de fournir des orientations détaillées sur la manière de faire face à différents scénarios difficiles, par exemple lorsqu'aucun acteur de la lutte contre la VBG et/ou de la protection de l'enfance n'est disponible.

Identifier les critères ou les éléments à prendre en compte et les rôles du travailleur social principal

Un accord de coordination entre les acteurs de la lutte contre la VBG et ceux de la protection de l'enfance doit notamment établir des critères pour désigner un travailleur social principal dans les cas de violences sexuelles visant un enfant et pour définir les rôles de ce travailleur social. Ces deux types d'acteurs disposent de compétences et de connaissances complémentaires qu'ils peuvent utiliser dans le cadre du processus de gestion de cas conforme à l'approche PES. Toutefois, une bonne pratique consiste à désigner un travailleur social principal (réfèrent) pour chaque cas, afin d'éviter de dupliquer les efforts et d'entraîner de la confusion pour l'enfant et la personne qui s'en occupe, ainsi que de faciliter les orientations vers d'autres services et le suivi.

Les considérations permettant d'identifier le travailleur social principal le plus adapté dépendent du contexte, mais doivent prendre en compte les éléments suivants :

Préférence de l'enfant survivant et/ou de la personne qui s'en occupe :

les souhaits de l'enfant ou de l'adolescent quant au lieu ou à la personne qui lui fournit des services doivent être respectés dans la mesure du possible, sauf s'il existe un risque de préjudice (par exemple, en raison d'un manque de connaissances et/ou de compétences ou parce que le lieu ou l'organisation privilégiés par l'enfant ou l'adolescent n'est pas en mesure d'offrir un espace sûr et confidentiel).

Compétences et connaissances de l'organisation et du travailleur social en ce qui concerne la manière d'aider les enfants et/ou les adolescents ayant subi des violences sexuelles :

l'organisation doit disposer d'une expérience substantielle dans la prestation de services de gestion de cas de VBG et/ou de protection de l'enfance, y compris auprès d'enfants. Il est fortement recommandé que les travailleurs sociaux aient tous suivi au minimum une formation sur la gestion des cas de VBG ou la protection de l'enfance, ainsi qu'une formation PES complète.

Disponibilité d'une supervision et d'un soutien de qualité pour le travailleur social principal :

il est essentiel que le travailleur social principal bénéficie d'une supervision clinique ou constructive. Dans les cas les plus complexes, une supervision conjointe par un superviseur spécialisé dans la protection de l'enfance et un superviseur spécialisé dans la lutte contre la VBG peut s'avérer pertinente.

Considérations concernant les filles survivantes

Dans certains cas et dans certaines situations, un unique prestataire de services peut être en mesure de prendre en charge tous les enfants, quel que soit leur genre. De même, il peut s'avérer pertinent que les prestataires de services de lutte contre la VBG prennent en charge les filles plus âgées (s'ils n'ont pas été formés à travailler auprès de jeunes enfants) et que les prestataires de services de protection de l'enfance prennent en charge les filles plus jeunes (âgées de 0 à 9 ans, par exemple).

Dans ces situations, il est important de tenir compte des ateliers de formation et de sensibilisation que les travailleurs sociaux spécialisés dans la protection de l'enfance ont suivis au sujet des mythes, des préjugés et de la discrimination qui concernent les filles ayant subi des violences sexuelles (voir les *chapitres 2 et 3*, ainsi que les outils associés). Si la discrimination et les préjugés demeurent profondément ancrés culturellement, il peut s'avérer plus sûr de confier tout de même la prise en charge principale d'une fille survivante à des prestataires de services spécialisés dans la VBG, indépendamment de l'âge de la fille et de la formation des acteurs de la lutte contre la VBG concernant l'âge et les différents stades de développement.

Genre des travailleurs sociaux : les enfants doivent toujours pouvoir choisir le genre du prestataire de services qui assure leur prise en charge. La plupart des enfants, en particulier les filles, peuvent se sentir plus à l'aise si le prestataire est une femme, et dans de nombreux contextes, la présence d'une femme est essentielle pour les filles survivantes. Lorsque le prestataire doit être un homme, les programmes de protection de l'enfance peuvent être mieux placés pour fournir un soutien, car ils comprennent généralement des travailleurs sociaux femmes et hommes, tandis que la plupart des travailleurs sociaux spécialistes de la VBG sont des femmes.

Disponibilité d'espaces sûrs, confortables et confidentiels pour que l'enfant survivant et la personne qui s'en occupe puissent bénéficier d'un soutien : Compte tenu du risque élevé de stigmatisation auquel est exposée une personne identifiée comme ayant subi des violences sexuelles et des risques de sécurité qui en découlent, il est essentiel de limiter les risques qu'un enfant survivant soit identifié comme tel lors du choix du lieu ou de l'espace confidentiel pour la prestation de services.

Pour les enfants concernés par le traitement de dossiers de réfugiés (enregistrement, détermination du statut de réfugié, solutions durables), étant donné que de nombreuses décisions liées au traitement des dossiers de réfugiés nécessitent de suivre la procédure relative à l'intérêt supérieur (évaluation de l'intérêt supérieur et détermination de l'intérêt supérieur), il peut être utile que le dossier soit traité par un travailleur social spécialisé dans la protection de l'enfance afin d'éviter les doubles emplois en matière d'évaluation et de services.

En outre, il est essentiel de marquer la différence entre le rôle du travailleur social principal et celui des autres travailleurs sociaux. Le travailleur social principal dirige le processus général de gestion de cas. À ce titre, il doit :

- » Mener à bien l'admission et l'évaluation initiales ;
- » Élaborer le plan d'action ;
- » Réaliser un suivi régulier auprès de l'enfant survivant et de la personne qui s'en occupe ;
- » Réaliser et suivre les orientations vers d'autres services ;
- » Effectuer le signalement des violences aux autorités compétentes, le cas échéant.

Bonne pratique : désignation de travailleurs sociaux principaux pour les enfants survivants en Syrie

Dans le nord-ouest de la Syrie, les travailleuses sociales intervenant dans le cadre de programmes de lutte contre la VBG ont exprimé leur malaise à l'idée de rencontrer seules des adolescents âgés de plus de 15 ans, en raison de normes sociales et de préoccupations liées à la sécurité. Il a également été constaté que les garçons adolescents de 15 ans ou plus ayant subi des violences sexuelles étaient moins à l'aise pour discuter de leurs expériences avec des travailleuses sociales qu'avec leurs homologues hommes, car selon les normes sociales dominantes, parler de sexualité avec une personne du sexe opposé est considéré comme un acte hautement inapproprié et offensant. Par conséquent, ce sont généralement les travailleurs sociaux hommes spécialisés dans la protection de l'enfance qui se voient confier la responsabilité principale des cas de garçons adolescents qui ont subi des violences sexuelles, même si cette gestion de cas s'effectue toujours en collaboration avec les acteurs de la lutte contre la VBG et d'autres domaines.

LA COORDINATION MULTISECTORIELLE

Compte tenu de la complexité des cas de violences sexuelles visant les enfants, il peut être nécessaire de mettre en place, au cours de la gestion de cas, une coordination avec de nombreux autres acteurs et prestataires de services en dehors des secteurs de la VBG et de la protection de l'enfance (si l'enfant et/ou la personne qui s'occupe de lui y consentent). Ces acteurs peuvent être des prestataires de soins de santé, des prestataires de services de SMSPS, des membres du corps judiciaire et des forces de l'ordre, des enseignants, des prestataires de services de garde d'enfants, des travailleurs sociaux fonctionnaires et des organes statutaires. La coordination doit également s'étendre aux organisations et aux groupes communautaires qui disposent d'une expertise spécifique pour venir en aide aux enfants et/ou aux personnes qui s'en occupent qui subissent des formes spécifiques de marginalisation.

Les travailleurs sociaux principaux sont susceptibles de collaborer avec différents acteurs qui ne possèdent qu'une connaissance limitée, voire inexistante, de la meilleure façon d'aider les enfants ayant subi des violences sexuelles, et qui peuvent avoir des attitudes différentes à l'égard de la violence sexuelle contre les enfants. Par exemple, dans les contextes où il est obligatoire de signaler les cas de maltraitance d'enfant ou de violences sexuelles visant les enfants, les acteurs peuvent avoir des points de vue différents sur leur rôle dans le signalement de ces cas aux autorités et peuvent même avoir des responsabilités légales différentes en matière de signalement. Lorsque l'obligation de signalement s'accompagne de risques potentiels pour la sécurité et le bien-être de l'enfant et/ou de la personne qui s'en occupe, ces positions divergentes peuvent être à l'origine de tensions importantes entre les différents acteurs intervenant dans la gestion de cas. Les stratégies ci-dessous peuvent permettre à l'enfant survivant et/ou à la personne qui s'en occupe d'accéder aux services, mais aussi de le faire en toute sécurité et sans risque supplémentaire de violence, de discrimination ou de stigmatisation.

Accompagnement

Dans le cadre de l'orientation d'un enfant vers des services, le travailleur social principal peut accompagner l'enfant (si celui-ci a donné son accord et si cela ne présente aucun danger) lorsqu'il accède à différents services ou rencontre un autre prestataire. Au cours de la réunion, le travailleur social peut plaider la cause de l'enfant survivant, soutenir ses décisions et l'encourager à poser des questions ou à exprimer ses éventuelles inquiétudes concernant le service. Le travailleur social doit prendre garde à ne pas « se substituer » à l'enfant en parlant à sa place durant les échanges avec d'autres prestataires de services.

Suivi

Lorsqu'un enfant a été orienté vers un autre prestataire de services, le travailleur social principal peut réaliser un suivi auprès de l'autre prestataire afin de lui apporter des éléments de contexte supplémentaires, d'aborder les attitudes ou croyances préjudiciables qui peuvent exister et d'aider l'autre prestataire à mieux comprendre tous les aspects des violences sexuelles visant les enfants, ainsi que la manière d'aider les enfants survivants en toute sécurité et de manière efficace.

Examen des cas

Les travailleurs sociaux principaux peuvent profiter des réunions d'examen des cas pour diffuser des messages clés sur les violences sexuelles visant les enfants et sur la meilleure façon de soutenir les enfants et les personnes qui s'en occupent, afin de lutter contre les attitudes et les croyances néfastes et de fournir un accompagnement sur le terrain à d'autres acteurs ayant moins d'expérience en matière de soutien aux enfants ayant subi des violences sexuelles.

Renforcement des capacités

Parmi les stratégies de renforcement des capacités formelles et informelles pouvant être proposées aux acteurs susceptibles d'intervenir auprès d'enfants ayant subi des violences sexuelles figurent :

- » La mise en œuvre de formations (qui peut aller de l'initiation à la communication centrée sur l'enfant à une formation complète sur la prise en charge des enfants ayant subi des violences sexuelles) ;
- » L'organisation de sessions d'orientation thématiques (par exemple dans le cadre du programme de formation mixte sur la VBG) ;
- » L'apprentissage par l'intermédiaire d'applications ;
- » L'organisation de sessions de mentorat et d'accompagnement en cours d'emploi ;
- » L'organisation de sessions de supervision conjointe.

Coordination et plaidoyer au niveau sectoriel

L'utilisation de mécanismes de coordination au niveau sectoriel (par exemple, au niveau du groupe/secteur ou du sous-groupe sectoriel/sous-secteur) peut s'avérer très efficace pour élaborer des accords intersectoriels et des positions politiques communes sur des questions clés susceptibles d'avoir une incidence sur la gestion de cas de violences sexuelles visant les enfants, comme l'obligation de signalement, les mécanismes d'orientation ou les procédures de consentement et d'assentiment. Les forums de coordination au niveau sectoriel peuvent également aider les acteurs individuels à plaider en faveur de changements dans les politiques sectorielles ou organisationnelles qui sont préjudiciables aux enfants ayant subi des violences sexuelles et/ou aux personnes qui s'en occupent.

La section sur la *coordination avec les organismes publics en matière de lutte contre les violences sexuelles visant les enfants* fournit davantage d'orientations à ce sujet.

Bonne pratique : coordination multisectorielle

Favoriser les bonnes pratiques en matière de prise en charge d'enfants survivants en Syrie : Dans le nord-ouest de la Syrie, la pratique de certains acteurs de la santé reproductive consistant à signaler aux forces de l'ordre locales ou à d'autres autorités les cas de violence sexuelle, et en particulier de violence sexuelle contre les enfants, risquait d'exposer les survivants à la stigmatisation, à des représailles et à d'autres formes de violence. Afin de respecter le principe consistant à « ne pas nuire », le sous-groupe sectoriel sur la VBG à Gaziantep a travaillé en étroite collaboration avec le groupe de travail technique sur la santé sexuelle et reproductive afin de produire une recommandation conjointe sur l'obligation de signalement dans le nord-ouest de la Syrie. L'objectif de cette recommandation conjointe était de clarifier les exigences légales existantes, de souligner le risque potentiel d'un signalement effectué sans le consentement de l'enfant, et d'encourager tous les prestataires de santé à adopter une approche d'orientation sûre vers des organisations spécialisées dans la gestion de cas de VBG.

Prise en charge des migrants et des réfugiés en Italie : En Italie, l'UNICEF, le HCR et l'Organisation internationale pour les migrations ont adapté et traduit le [guide de poche interinstitutions sur la VBG](#) en vue de fournir à tous les acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux travaillant auprès de migrants et de réfugiés un cadre simple sur la manière de traiter les divulgations de VBG et/ou d'autres formes de violence. L'adaptation du [guide de poche sur les premiers soins à apporter aux survivants de VBG](#) comprend une section sur la prise en charge des enfants, qui contient des termes et des définitions clés ainsi que des conseils étape par étape (qui reprennent le cadre de premiers soins psychologiques « se préparer, observer, écouter et mettre en contact ») sur la prise en charge des enfants, y compris non accompagnés, susceptibles d'avoir subi de la VBG.

Des listes simples de choses à faire et à éviter sont fournies dans chaque section ; une section est également dédiée à l'obligation de signalement en Italie.

LE PARTAGE D'INFORMATIONS

Conformément aux principes visant à garantir une bonne coordination, l'échange d'informations dans le cadre de la prise en charge des enfants ayant subi des violences sexuelles doit reposer sur une interprétation stricte des principes du consentement et de l'assentiment éclairés, ainsi que du besoin d'en connaître, et doit être aligné sur le système de gestion des informations relatives à la protection de l'enfance et sur le système de gestion des informations relatives à la VBG. Lorsque les détails d'un cas spécifique doivent être partagés exclusivement avec certaines personnes précises (et non des organisations) qui participent directement à la prise en charge du survivant et/ou de la personne qui s'en occupe, les données partagées doivent correspondre aux informations minimales requises par le prestataire de services destinataire dans le but spécifique de fournir un service ou tout autre soutien à l'enfant et/ou à la personne qui s'en occupe.

Les mécanismes d'orientation des cas de violences sexuelles visant les enfants doivent être conçus dans le plus grand respect de la sécurité et de la confidentialité de l'enfant survivant et de la personne qui s'en occupe. Par exemple, les formulaires d'orientation sur papier ne doivent jamais comporter d'informations d'identification, et les formulaires d'orientation électroniques doivent être protégés par un mot de passe unique (qui ne doit être utilisé dans aucun autre cas/formulaire d'orientation) ou par une autre méthode de chiffrement à usage unique.

Les données individuelles, même si elles ne comportent pas d'éléments d'identification, ne doivent jamais être partagées avec des personnes, des acteurs et/ou des organisations qui n'interviennent pas directement dans la fourniture de services au survivant. La seule exception à cette règle concerne les exigences relatives à l'obligation de signalement, qui doivent être communiquées à l'avance à l'enfant survivant et/ou à la personne qui s'en occupe (*voir chapitre 5*).

Coordination avec les acteurs de la santé

En raison des besoins critiques des enfants survivants en matière de santé, les travailleurs sociaux doivent souvent travailler en étroite coordination avec les services de santé pour assurer leur prise en charge. Cette coordination étroite offre aux enfants survivants les meilleures chances d'accéder aux soins de santé en temps voulu et permet de garantir que leurs besoins essentiels et spécifiques en matière de soins de santé sont satisfaits selon des approches initiées par les enfants et centrées sur les survivants.

Accompagnement : Lorsqu'un enfant ou un adolescent est orienté vers des services de santé, l'enfant ou l'adolescent et/ou la personne n'ayant pas commis de violences qui s'occupe de lui souhaitent parfois que le travailleur social principal les accompagne. Le fait d'accompagner l'enfant survivant lorsqu'il accède à des services de santé peut lui être utile pour les raisons suivantes :

- » Les travailleurs sociaux peuvent veiller à ce que l'enfant accède aux services de santé dans les délais impartis pour la gestion clinique des victimes de viols et peuvent ainsi réduire le risque qu'on demande à l'enfant de répéter son histoire plusieurs fois ;
- » Les travailleurs sociaux peuvent prendre le temps d'expliquer les concepts et les différentes procédures à l'enfant, en s'adaptant à son niveau de développement et à ses capacités. Cet effort de pédagogie peut s'avérer particulièrement important lorsque l'enfant présente une déficience intellectuelle ou un autre problème ayant une incidence sur son développement ou sa capacité de compréhension ;
- » Les travailleurs sociaux sont capables d'expliquer de manière adaptée les concepts, les procédures, ainsi que l'importance des différents services de santé à la personne qui s'occupe de l'enfant et à l'enfant lui-même, tout en suscitant un degré de confiance nécessaire qui n'existe pas toujours dans les relations avec un agent de santé que l'enfant et la personne qui s'en occupe rencontrent pour la première fois ;
- » Les travailleurs sociaux peuvent apporter réconfort et soutien lors des examens physiques.

Suivi : Lorsqu'un enfant a été orienté vers un autre prestataire de services, le travailleur social principal peut contacter le prestataire de santé concerné afin de s'assurer que l'enfant et la personne qui s'en occupe sont revenus pour d'autres besoins de santé (par exemple, pour un soutien ou un suivi préventif).

Examen des cas : Les travailleurs sociaux principaux peuvent organiser des réunions d'examen des cas avec les agents de santé pour :

- » Améliorer leur propre compréhension de services de santé tels que la prophylaxie postexposition au VIH, le traitement des infections sexuellement transmissibles, la contraception d'urgence, ainsi que la vaccination contre l'hépatite B et le tétanos ;
- » Échanger au sujet de toute préoccupation liée à l'intérêt supérieur de l'enfant, en particulier s'il existe des lois relatives à l'obligation de signalement qui concernent le travailleur social et le prestataire de soins de santé, ou les deux.

Pour obtenir de plus amples informations sur la prise en charge médicale des enfants survivants, les travailleurs sociaux peuvent consulter les ressources suivantes :

- » La partie 6, intitulée « Prise en charge des enfants victimes de violence », du manuel [Prise en charge clinique des survivantes de viol et de violence exercée par un partenaire intime](#) de l'OMS ;
- » Le manuel [Responding to Children and Adolescents Who Have Been Sexually Abused de l'OMS](#).

GESTION DES FORMES CONCOMITANTES ET MULTIPLES DE VIOLENCE

La coordination entre les services de lutte contre la VBG et ceux de protection de l'enfance est particulièrement importante dans les situations de « formes multiples de violence » (lorsqu'un enfant subit non seulement des violences sexuelles, mais aussi d'autres formes de violence et de maltraitance) et de « concomitance de la violence » (lorsque plusieurs membres de la famille subissent des violences infligées par un ou plusieurs auteurs, par exemple lorsqu'un enfant subit des violences sexuelles infligées par l'homme qui s'occupe de lui et que cet homme inflige également des violences à la femme qui s'occupe de l'enfant). Dans ces situations, il est possible que le travailleur social initial ne soit pas formé ou ne soit pas le mieux placé pour traiter un nouveau problème ou type de violence signalé au cours du processus de gestion de cas et/ou que la personne qui s'occupe de l'enfant ait elle aussi besoin de l'aide d'un travailleur social pour résoudre ses propres difficultés, indépendamment de son rôle auprès de l'enfant. En voici quelques exemples :

Dans les situations de violences concomitantes, les travailleurs sociaux doivent également assurer l'orientation de tout autre membre de la famille signalant d'autres formes de violence. Par exemple, si la femme qui s'occupe d'un enfant survivant révèle avoir été victime de violence de la part de son partenaire intime, elle doit être orientée vers un travailleur social spécialisé dans la VBG, distinct de celui qui s'occupe déjà de l'enfant survivant, afin de pouvoir bénéficier d'un soutien spécifique centré sur le survivant.

Le travailleur social qui intervient auprès de l'enfant survivant doit continuer à mobiliser et à faire participer la personne qui s'occupe de l'enfant dans le cadre de la prise en charge et du traitement de l'enfant. La personne qui s'occupe de l'enfant a la possibilité de bénéficier elle aussi d'un soutien individuel direct, fourni par un autre travailleur social. Ce double accompagnement permet de satisfaire aussi bien les besoins de l'enfant que ceux de la personne s'occupant de lui. Les deux travailleurs sociaux mobilisés devront alors collaborer étroitement afin d'assurer une prise en charge coordonnée de l'enfant et de la personne qui s'en occupe, tout en veillant à accorder une attention prioritaire à la sécurité individuelle et collective des deux bénéficiaires.

Lorsqu'un enfant survivant subit de multiples formes de violence, le travailleur social peut avoir besoin d'une aide supplémentaire pour répondre aux besoins qui ne relèvent pas de son domaine d'expertise. Par exemple, si un travailleur social spécialisé dans la VBG intervient auprès d'un enfant survivant qui révèle être également concerné par le travail des enfants, ce travailleur social peut engager des consultations avec un travailleur social spécialisé dans la protection de l'enfance afin d'obtenir des informations sur la manière de répondre à ces besoins supplémentaires.

Dans d'autres cas, le travailleur social peut avoir besoin d'orienter l'enfant vers un autre travailleur social afin de travailler avec lui sur un problème spécifique. Des réunions d'examen des cas devraient alors être organisées dans le cadre du processus de coordination. Par exemple, lorsqu'une travailleuse sociale spécialisée dans la VBG intervient auprès d'une enfant survivante qui révèle être également une mineure non accompagnée, la travailleuse sociale peut adresser l'enfant à un service de protection de l'enfance en vue d'un regroupement familial.

Des consultations et/ou des réunions régulières d'examen du cas (selon les circonstances spécifiques) doivent être mises en place dès que possible dans le processus de gestion de cas afin d'instituer un canal de communication ouvert, mais sûr et confidentiel, entre les différents travailleurs sociaux qui soutiennent chaque individu/membre de la famille (*voir chapitre 6*). Pour chaque survivant, la réalisation d'une évaluation de la sécurité (tenant compte de toutes les formes de violence subies) constituera le fondement de la discussion et de la prise de décision, en particulier dans les situations dans lesquelles les besoins individuels et les souhaits du survivant ne sont pas alignés. Toutes les parties doivent accorder la priorité à la sécurité des enfants et des adultes survivants. Compte tenu du niveau de risque et de complexité inhérent à ces cas, lorsque des travailleurs sociaux spécialisés dans la protection de l'enfance et dans la VBG interviennent pour fournir des services à l'enfant survivant, il est fortement recommandé de faire appel à la fois à des superviseurs de la gestion des cas de VBG et de protection de l'enfance.

COORDINATION AVEC LES ORGANISMES PUBLICS EN MATIÈRE DE LUTTE CONTRE LES VIOLENCES SEXUELLES VISANT LES ENFANTS

La gestion des cas de violences sexuelles visant les enfants nécessite souvent d'assurer une coordination avec les organismes publics. Si les gouvernements nationaux sont responsables des lois concernant les enfants survivants (qui peuvent inclure des politiques relatives à l'obligation de signalement), ce sont les autorités locales qui mettent en œuvre les politiques nationales au quotidien. La manière dont les autorités locales mettent en œuvre ces lois et ces politiques détermine directement l'accès aux soins des enfants survivants et les possibilités en la matière. Ainsi, les prestataires de services spécialisés dans la gestion des cas de VBG ou de protection de l'enfance sont amenés à échanger avec les acteurs gouvernementaux locaux. Dans toute situation, le prestataire de services de gestion de cas doit comprendre les risques et possibilités inhérents à la collaboration avec les autorités locales compétentes. Cela est d'autant plus important lorsque les acteurs gouvernementaux appliquent des politiques préjudiciables aux enfants, discriminent des groupes d'enfants spécifiques ou ne sont pas enclins à collaborer avec les organisations humanitaires. Il est également important que les prestataires de services évaluent et comprennent les différences qui peuvent exister entre différentes instances publiques (par exemple, les représentants locaux chargés de la protection des femmes et des enfants ou de la protection sociale peuvent avoir une approche différente des représentants des forces de l'ordre).

Les questions que doit se poser le prestataire de services sont les suivantes :

- » **Le cadre juridique :** Quelles sont les politiques, lois et pratiques en vigueur concernant les enfants ayant subi des violences sexuelles, en particulier les lois ou politiques relatives à l'obligation de signalement ? Lorsque ces politiques sont en place, elles doivent idéalement viser à :
 - Soutenir l'enfant et répondre à ses besoins.
 - Identifier les cas et suivre les tendances.
 - Punir les auteurs plutôt que les survivants.
 - Prévenir le mariage précoce et forcé d'enfants ;
- » **La mise en œuvre :** Dans quelle mesure et de quelle manière les acteurs des collectivités locales suivent-ils ou mettent-ils en œuvre la législation et les politiques nationales ? Existe-t-il des différences selon le secteur du gouvernement ?
- » **Les moyens de collaboration avec les autorités locales :** Existe-t-il des méthodes de travail ou des procédures spécifiques permettant à l'organisation ou au programme de collaborer avec les autorités locales ? Est-il plus simple de travailler avec certains secteurs publics que d'autres ?
- » **Modalités de plaidoyer :** Comment se déroule le plaidoyer auprès du gouvernement ? Le plaidoyer est-il mené par l'intermédiaire de mécanismes de coordination humanitaire tels que des sous-groupes sectoriels ou sous-groupes de travail sur la VBG et la protection de l'enfance ? Si ce n'est pas le cas, l'organisme peut-il s'associer à d'autres organismes afin de mener des actions de plaidoyer collectives ?
- » **Prestation directe de services :** Le prestataire de services est-il autorisé à travailler directement auprès d'enfants survivants dans ce cadre ? Si non :

À quels obstacles sont confrontés les enfants survivants lorsqu'ils tentent d'entrer en contact avec les autorités locales et de bénéficier de leurs services ?

- Les lois et les politiques gouvernementales en place, ou leurs pratiques de mise en œuvre ?
- La mise en œuvre et les pratiques courantes sont-elles alignées sur les intentions figurant dans les politiques ou les lois ?
- Les attitudes et le comportement du personnel ?
- La capacité du personnel à répondre aux besoins et à apporter un soutien ?
- L'accessibilité des services publics pour la communauté locale ?
- D'autres facteurs ?

Une fois que les équipes ont répondu à ces questions et à d'autres questions pertinentes pour leur contexte, elles peuvent mettre au point des actions et des façons de travailler en toute sécurité avec les autorités locales, dans leur contexte spécifique. Si les organismes publics concernés ont la volonté de travailler de manière collaborative et ont un intérêt à le faire, les prestataires de services de gestion des cas peuvent collaborer avec les fonctionnaires concernés pour surmonter les difficultés et combler les lacunes dans la fourniture de services aux enfants survivants. Par ailleurs, si les organismes publics disposent de politiques, de méthodes de travail ou d'autres aspects qui mettent les enfants survivants en danger, les prestataires de services de gestion des cas peuvent :

- » Définir des stratégies de plaidoyer (avec d'autres acteurs) afin de résoudre ces problèmes ;
- » Déterminer si le fait de travailler par l'intermédiaire ou avec les autorités locales peut atténuer les difficultés et ouvrir des pistes pour contourner les politiques nationales préjudiciables ;
- » Déterminer si l'équipe de gestion des cas peut jouer un rôle de renforcement des capacités ou de soutien auprès des autorités locales concernées.

Chapitre 8

SUPERVISION ET BIEN-ÊTRE DU PERSONNEL

PRÉSENTATION DU CHAPITRE

Ce chapitre décrit comment intégrer dans les pratiques de supervision existantes en matière de protection de l'enfance et de VBG le contenu spécifique et les processus de supervision nécessaires pour travailler auprès d'enfants survivants.

Outils connexes

Évaluation PES de la gestion des cas

Étude des cas PES

Orientations relatives à l'intégration des évaluations PES

INTRODUCTION

En raison de la complexité des cas concernant des enfants survivants et du risque de préjudices supplémentaires, les travailleurs sociaux qui interviennent auprès d'enfants ayant subi des violences sexuelles ont des besoins spécifiques en matière de supervision. Cela ne signifie pas que des approches et des processus de supervision entièrement distincts doivent être mis en œuvre pour les travailleurs sociaux qui interviennent auprès d'enfants survivants. Il est fort probable que les travailleurs sociaux spécialisés dans la protection de l'enfance ou la VBG voient s'ajouter à leur charge de travail existante des cas de violences sexuelles visant les enfants, après avoir suivi la formation requise et démontré qu'ils justifiaient des connaissances, des attitudes et des compétences nécessaires pour travailler auprès d'enfants survivants. La supervision spécifique aux cas concernant des enfants survivants doit être intégrée dans ces pratiques existantes et continues de supervision.

Les *directives inter-agences relatives à la gestion de dossiers et la protection de l'enfance* et les *directives relatives à la gestion inter-agence des cas de violence basée sur le genre* contiennent des conseils spécifiques sur la supervision, qui doivent servir de base à la supervision des acteurs de la protection de l'enfance et de la VBG, respectivement. Les principaux objectifs de la supervision dans ces pratiques existantes sont le contrôle de la qualité de la prestation de services, ainsi que le soutien à l'évolution et au perfectionnement professionnels du travailleur social. Les pratiques de supervision recommandées dans ces deux ensembles de directives sont les suivantes :

- » Une supervision individuelle régulière du travailleur social ;
- » Une supervision de groupe régulière, dans le cadre de laquelle les travailleurs sociaux et le superviseur se réunissent pour répondre aux besoins administratifs, de formation et de perfectionnement professionnel ;
- » Des réunions d'examen des cas ;
- » Des possibilités spécifiques de perfectionnement professionnel supplémentaire, par l'intermédiaire de formations ou d'autres méthodes de renforcement des capacités.

Ces pratiques reposent sur une approche de la supervision fondée sur le soutien, la compassion et la responsabilisation, qui vise à montrer aux travailleurs sociaux comment interagir avec les bénéficiaires dont ils ont la charge. Les orientations ci-dessous reposent sur l'approche, le processus et le contenu utilisés dans la gestion des cas de protection de l'enfance et de VBG.

INTÉGRATION DE LA SUPERVISION ET DU RENFORCEMENT DES CAPACITÉS DE L'APPROCHE PES

Une fois que le personnel a suivi la formation sur la prise en charge des enfants survivants, les superviseurs doivent intégrer les éléments suivants dans la supervision déjà en place :

- » L'évaluation initiale des capacités ;
- » Le renforcement des capacités ;
- » Le suivi et la réévaluation.

Évaluation initiale des capacités à l'issue de la formation sur la prise en charge des enfants ayant subi des violences sexuelles en situation de crise humanitaire

Des *outils autonomes d'évaluation PES* des connaissances, des attitudes et des compétences en communication sont disponibles, si les superviseurs préfèrent utiliser des outils plus approfondis avec les travailleurs sociaux qui fournissent des services à des enfants ayant subi des violences sexuelles. Si les équipes disposent déjà de leurs propres évaluations des connaissances, des compétences et des attitudes en matière de VBG ou de protection de l'enfance, des questions supplémentaires spécifiques à la prise en charge des enfants survivants peuvent y être ajoutées (des conseils sur les questions essentielles à intégrer figurent dans les outils fournis à la fin de ce chapitre). Les superviseurs peuvent également mettre en œuvre ou intégrer dans les évaluations existantes le contenu de l'*outil d'évaluation PES de la gestion des cas*, qui est axé sur les adaptations spécifiques et sur les aspects supplémentaires liés à la gestion de cas de violences sexuelles visant les enfants.

Mesures de renforcement des capacités spécifiquement axées sur la prise en charge des enfants ayant subi des violences sexuelles

Sur la base de l'évaluation initiale des capacités, les superviseurs et les travailleurs sociaux doivent discuter des prochaines étapes du renforcement des capacités : identifier des mesures et établir leur ordre de mise en œuvre et le calendrier de réalisation, en notant ce qui doit être prioritaire par rapport aux objectifs à long terme. Ces mesures peuvent être intégrées dans les plans de renforcement des capacités existants, le cas échéant, ou dans un nouveau plan créé spécifiquement pour traiter de la prise en charge des enfants qui ont subi des violences sexuelles. L'outil d'*étude des cas PES* peut être utile aux superviseurs dans le cadre du processus de renforcement des capacités, en particulier pour les travailleurs sociaux qui ont une moindre expérience générale en matière de gestion de cas ou qui ont rencontré des difficultés lors de la formation PES ou lors du test réalisé à l'issue de cette formation.

Suivi et réévaluation

Le fait de réexaminer le plan de renforcement des capacités à des intervalles convenus (par exemple, à la fin de chaque mois) permet au superviseur et au travailleur social de discuter des actions identifiées, d'évaluer les progrès accomplis et de passer en revue les réussites et les difficultés. Les superviseurs peuvent également réévaluer périodiquement les connaissances, les attitudes et les compétences des travailleurs sociaux à l'aide des mêmes outils que ceux utilisés précédemment pour vérifier s'il y a eu des améliorations, dans une approche d'encouragement plutôt que de réprimande. Cette démarche permet de vérifier si les connaissances d'un travailleur social évoluent au fil du temps et d'identifier de nouveaux aspects ou informations qui devraient être inclus dans la formation continue, au moyen de sessions de supervision de groupe et de réunions sur la gestion des cas.

S'ils peuvent le faire en toute sécurité et sans que cela perturbe le processus de gestion des cas, les superviseurs peuvent observer les travailleurs sociaux lorsqu'ils fournissent directement des services à des enfants survivants. Même ponctuelle, cette démarche d'observation représente un outil de renforcement des capacités qui s'avère utile pour les travailleurs sociaux nouvellement formés à la prise en charge d'enfants ayant subi des violences sexuelles. L'observation directe permet aux superviseurs de voir comment une personne applique en temps réel ses connaissances sur les violences sexuelles visant les enfants (les superviseurs peuvent utiliser la liste de contrôle d'*étude des cas PES* pour étayer leur observation). Si l'observation directe n'est pas possible, les superviseurs peuvent intégrer dans leur supervision des questions sur la manière dont le travailleur social a appliqué ses connaissances durant la prise en charge, ou organiser des tests au moyen de jeux de rôle.

STRATÉGIES SPÉCIFIQUES DE SUPERVISION ET DE RENFORCEMENT DES CAPACITÉS DE L'APPROCHE PES

Les superviseurs doivent s'assurer que les travailleurs sociaux :

- » Suivent la formation PES dans son intégralité ;
- » Suivent l'intégralité des modules essentiels de la formation sur la gestion des cas relevant de la protection de l'enfance ou de la formation sur la gestion des cas de VBG, comme indiqué en *introduction* ;
- » Se voient attribuer une charge de travail réduite lorsqu'ils commencent à gérer de premiers cas d'enfants ayant subi des violences sexuelles, soit une charge de travail de 10 à 12 cas au maximum (sachant qu'il est préférable que les travailleurs sociaux qui n'ont aucune expérience préalable dans la prise en charge d'autres types de cas ne travaillent pas immédiatement auprès d'enfants qui ont subi des violences sexuelles) ;
- » Bénéficient d'une supervision individuelle hebdomadaire d'au moins 30 minutes (ou une heure idéalement) ;
- » Bénéficient d'une supervision de groupe et/ou de réunions de gestion des cas, idéalement chaque semaine (en fonction de la charge de travail et de la disponibilité de l'équipe), mais au moins une fois par mois ;
- » Bénéficient d'une évaluation du renforcement des capacités incluant une évaluation des connaissances, des compétences et des attitudes, ainsi qu'un plan de supervision continue pour combler les lacunes identifiées ;
- » Bénéficient de perspectives d'apprentissage transversal avec d'autres organismes qui travaillent auprès d'enfants ayant subi des violences sexuelles.

Au fur et à mesure qu'ils acquièrent de l'expérience, les besoins de supervision peuvent diminuer, mais les travailleurs sociaux ont toujours besoin :

- » De sessions de supervision individuelle d'une heure par semaine (au minimum une heure toutes les deux semaines) ;
- » De sessions de supervision de groupe et/ou de réunions hebdomadaires ou mensuelles sur la gestion des cas (en fonction de la charge de travail et de la disponibilité de l'équipe, mais au moins une fois par mois) ;
- » D'une évaluation du renforcement des capacités pour identifier les domaines prioritaires sur lesquels les travailleurs sociaux doivent se former dans le cadre de la prise en charge des enfants survivants ;
- » De perspectives d'apprentissage transversal avec d'autres organismes et secteurs qui travaillent auprès d'enfants ayant subi des violences sexuelles ;
- » De formations de remise à niveau, en particulier sur des aspects de la protection de l'enfance ou de la VBG, si les personnes manquent d'expérience en la matière.

Expérience des superviseurs en matière de programmes PES

Les superviseurs ont besoin d'expérience et de compétences supplémentaires pour accompagner les travailleurs sociaux qui travaillent auprès d'enfants survivants. Ils ont besoin d'une solide compréhension des approches de gestion de cas d'enfants survivants et des facteurs associés aux violences sexuelles visant les enfants. Ils doivent être en mesure d'illustrer l'analyse intersectionnelle et d'aider les travailleurs sociaux à acquérir les compétences nécessaires pour appliquer une approche centrée sur le survivant et assurer une prise en charge globale de l'enfant. Les superviseurs des travailleurs sociaux qui interviennent auprès d'enfants doivent répondre aux exigences de formation et d'expérience suivantes :

- » Avoir suivi dans son intégralité la formation sur la prise en charge des enfants survivants ;
- » Avoir suivi une formation complémentaire sur la protection de l'enfance ou sur la VBG, selon leur expérience antérieure ;
- » Justifier d'au moins deux ans d'expérience dans la prestation de services de gestion de cas concernant des enfants survivants.

Thèmes à aborder lors de la supervision de la prise en charge des enfants ayant subi des violences sexuelles

Bien que ces thèmes ne soient pas exclusivement liés à la prise en charge des enfants ayant subi des violences sexuelles, les superviseurs doivent être attentifs à ces questions et aux manières spécifiques dont elles peuvent se présenter dans les cas de violences sexuelles visant les enfants. Les thèmes énumérés ci-dessous doivent également être abordés dans le cadre de la supervision et peuvent être spécifiques à la dynamique des cas de violences sexuelles visant les enfants.

- » **Gestion des formes multiples de violence :** Les enfants ayant subi des violences sexuelles sont souvent exposés à d'autres formes de violence. Il peut donc être nécessaire de recourir à de multiples services et parfois à plusieurs travailleurs sociaux employés par différents organismes. Dans ces situations, la coordination est essentielle pour garantir la fourniture de services efficaces.
- » **Travail auprès des familles :** Les travailleurs sociaux qui interviennent auprès d'enfants ayant subi des violences sexuelles doivent travailler à la fois avec l'enfant et sa famille. Si cette situation est souvent connue des travailleurs sociaux chargés de la protection de l'enfance, elle n'est pas aussi courante pour les travailleurs sociaux spécialisés dans la VBG et doit être prise en compte dans les processus de supervision.
- » **Identification d'autres personnes qui ont besoin de services :** Les travailleurs sociaux peuvent également rencontrer des situations dans lesquelles la personne n'ayant pas commis de violences qui s'occupe d'un enfant a elle aussi besoin de services de gestion de cas, ou dans lesquelles un enfant qui a commis des violences sexuelles a besoin d'être pris en charge. Le besoin de consultations et de coordination sur les cas augmente particulièrement lorsque la personne n'ayant pas commis de violences qui s'occupe de l'enfant a également besoin de services.
- » **Identification du risque pour les autres enfants du foyer :** Lorsque le travailleur social commence à voir un enfant survivant, d'autres enfants du foyer risquent de subir des violences sexuelles à la place de l'enfant survivant désormais pris en charge.
- » **Maintien des limites :** Dans les cas de violences sexuelles visant les enfants, il peut être difficile de respecter les limites établies, et ce pour de multiples raisons. Par exemple, un travailleur social peut faire l'objet de pressions visant à obtenir des informations et des détails permettant d'identifier un cas.

- » **Bien-être du personnel** : Le fait de travailler auprès d'enfants qui ont subi des violences sexuelles peut avoir un impact émotionnel sur les travailleurs sociaux. Pour certains, cet impact émotionnel peut s'avérer plus important que lors de la gestion d'autres cas. C'est pourquoi il est essentiel de définir des limites dans le cadre de l'auto-prise en charge et de la prise en charge collective de l'équipe.
- » **Charge de travail** : Certaines charges de travail demandées peuvent ne pas être viables au sein de l'équipe ou de l'organisme dans son ensemble. Les travailleurs sociaux peuvent se sentir surmenés ou ne pas respecter les limites établies à l'égard d'un bénéficiaire en raison de l'urgence et de la gravité de la situation.

Thématiques spécifiques à inclure dans le renforcement des capacités

Dans le cadre du processus de supervision ou de formations spécifiques, un renforcement des capacités peut également s'avérer nécessaire sur les points suivants :

- » L'âge et les conséquences sur le développement de l'enfant ;
- » Les dimensions contextuelles liées à l'inclusion et à la diversité des identités ;
- » La concomitance de la violence :
 - La mère est également victime de VBG.
 - Les personnes âgées au sein du foyer sont maltraitées.
 - La famille subit de la discrimination en raison de son identité spécifique.
 - Les enfants subissent des violences sexuelles et sont associés à une force armée ou à un groupe armé ;
- » Les formes multiples de violence ;
- » Les enfants présentant des comportements sexuels néfastes ;
- » Les interventions de SMSPS destinées aux enfants ayant subi des violences sexuelles :
 - La gestion des idées suicidaires et l'élaboration de plans de sécurité.
 - L'approfondissement des connaissances et des expériences en lien avec les interventions de SMSPS ;
- » Les procédures de gestion clinique des victimes de viols, ainsi que :
 - Les procédures et considérations spécifiques pour les enfants et les adolescents.
 - Les procédures spécifiques à différents types de violences subies ;
- » Les lois, les politiques gouvernementales, les pratiques traditionnelles et les dispositifs de justice existants concernant les violences sexuelles visant les enfants ;
- » Les conséquences des violences sexuelles visant les enfants sur l'éducation, le fonctionnement, la socialisation et les stratégies de réintégration ;
- » Les attitudes communautaires à l'égard des enfants ayant subi des violences sexuelles, des familles de ces enfants et des auteurs.

LA PROTECTION DU BIEN-ÊTRE DU PERSONNEL

Des études ont montré que les travailleurs sociaux qui s'occupent d'enfants ayant subi des violences sexuelles sont plus exposés à différents types de stress¹¹⁷. Les superviseurs doivent donc reconnaître que le personnel amené à travailler sur ce type de cas peut avoir besoin d'un soutien renforcé. Si les effets négatifs inhérents à ce type de travail peuvent devenir graves et préoccupants, certains facteurs de protection, notamment une supervision et une formation adéquates, permettent de gérer et d'atténuer ces effets. Les stratégies ci-dessous peuvent aider les superviseurs à créer un environnement favorable pour leurs équipes en général et, ce faisant, à apporter le soutien nécessaire à leur personnel travaillant auprès d'enfants qui ont subi des violences sexuelles.

Permettre l'application durable d'une approche centrée sur l'enfant :

- » Donner aux travailleurs sociaux du temps et de l'espace pour réfléchir et apprendre, afin qu'ils puissent mieux répondre aux besoins des enfants et s'assurer de ne pas leur nuire ; le travail auprès d'enfants ayant subi des violences sexuelles est complexe, et les travailleurs sociaux continueront d'affiner leurs compétences en la matière tout au long de leur pratique.

Généraliser l'empathie et le respect des émotions des travailleurs sociaux :

- » Reconnaître que la complexité des cas de violences sexuelles visant les enfants peut conduire à l'épuisement et à des effets néfastes sur le bien-être des travailleurs sociaux ;
- » Reconnaître que la saturation compassionnelle influe sur la longévité de carrière et sur la stabilité financière des travailleurs sociaux et de leur famille ;
- » Créer un espace pour que les travailleurs sociaux puissent parler de ces problèmes lorsqu'ils y sont confrontés pour la première fois ;
- » Mettre en place des mesures et des procédures permettant au superviseur de répondre aux préoccupations des travailleurs sociaux, afin que ces derniers puissent poursuivre leur travail ;
- » Promouvoir la prise en charge personnelle et collective des travailleurs sociaux.

Favoriser une communication ouverte :

- » Encourager une communication ouverte et des retours d'information positifs entre tous les membres de l'équipe ;
- » Créer un espace pour que les membres de l'équipe puissent exprimer leurs propres préoccupations concernant les facteurs externes et les facteurs de stress qui peuvent influencer sur leur capacité à maintenir leur charge de travail actuelle ;
- » Favoriser une communication respectueuse avec l'équipe ;
- » Programmer des échanges réguliers sur le stress, les facteurs de stress existant dans le contexte, ainsi que les conséquences potentielles de ce stress sur le travail des équipes.

¹¹⁷ Crivatu, I. M., Horvath, M. A. H. et Massey, K., « [The impacts of working with victims of sexual violence: A rapid evidence assessment](#) ». Trauma, Violence, & Abuse, vol. 24, no 1, 2023.

Encourager la conscience d'équipe et la conscience de soi :

- » Sensibiliser aux dynamiques d'équipe et à la manière dont elles peuvent contribuer au stress individuel et collectif ;
- » Organiser des échanges sur la conscience de soi et l'importance d'apprendre à reconnaître ses niveaux de stress et leurs fluctuations ainsi que ses limites professionnelles, afin de savoir quand rechercher de l'aide pour éviter de succomber à des formes de stress plus graves¹¹⁸ ;
- » Encourager le recours à des stratégies d'adaptation positives, notamment en appliquant soi-même ces stratégies et en créant des conditions favorables à leur adoption ;
- » Reconnaître et légitimer les expériences des travailleurs sociaux.

Encourager l'établissement de limites professionnelles et explorer ces limites :

- » Comprendre les limites professionnelles qui sont importantes pour chaque travailleur social, l'équipe de prise en charge, ainsi que l'équipe spécialisée dans la VBG et la protection de l'enfance ;
- » Établir des limites saines concernant les horaires de travail, les attentes et les limites de ce qui est possible dans l'environnement ;
- » Reconnaître et admettre les contraintes liées aux services, aux systèmes d'orientation et aux environnements opérationnels qui rendent la prise en compte des préoccupations de l'enfant survivant plus difficile, voire impossible ;
- » Fixer autant que possible des limites saines pour l'équipe.

Définir clairement les rôles et les responsabilités :

- » Définir des rôles et des responsabilités clairs afin que chaque membre de l'équipe connaisse précisément son rôle, les limites de celui-ci, ainsi que l'identité des personnes qui l'aideront à remplir ses fonctions ;
- » Veiller à la sécurité des travailleurs sociaux : l'une des principales responsabilités d'un superviseur consiste à reconnaître les signes de stress, d'épuisement professionnel et de saturation compassionnelle, et de réagir rapidement et de manière appropriée lorsque de tels signes se présentent.

Mettre en place une structure de soutien :

- » Mettre en place une supervision individuelle régulière afin d'offrir un espace dédié permettant de faire part de ses préoccupations en toute confidentialité et d'explorer des moyens d'y répondre ;
- » Créer un environnement propice à l'apprentissage, dans lequel les travailleurs sociaux ont la possibilité de reconnaître ce qu'ils ne savent pas, d'admettre ouvertement leurs erreurs et de travailler de manière collaborative afin de renforcer leurs compétences. Cet environnement doit également favoriser la reconnaissance et le traitement des différentes formes de stress que peuvent subir les travailleurs sociaux ;
- » Travailler en coordination avec les ressources humaines et les gestionnaires/coordonateurs de programmes afin de mettre en place des protocoles pour les travailleurs sociaux présentant des signes de stress, d'épuisement professionnel ou de saturation compassionnelle.

¹¹⁸ Ibid.

Définir des attentes réalistes :

- » Définir des attentes réalistes en ce qui concerne la charge de travail, le temps nécessaire pour remplir les formalités administratives, ainsi que pour la formation continue et les activités de renforcement des capacités ;
- » Réduire la charge de travail de certains travailleurs sociaux, selon les besoins et les possibilités, afin de tenir compte des situations personnelles pouvant influencer sur le niveau de stress global de chacun ;
- » Envisager la mise en place d'un système de parrainage entre travailleurs sociaux, afin de favoriser l'entraide.

Différents types de stress

Le fait de comprendre la différence entre le stress fonctionnel et les formes négatives de stress peut aider les travailleurs sociaux à reconnaître les situations de stress susceptibles d'avoir un impact sur leur propre bien-être. Les superviseurs doivent donc s'assurer que tous les travailleurs sociaux savent reconnaître les différents types de stress ainsi que les signaux d'alerte symptomatiques de formes de stress plus graves, chez eux ou chez leurs collègues¹¹⁹:

- » **Stress fonctionnel** : Stress associé à la prise de décision quotidienne et à la résolution de problèmes courants. Tout le monde connaît le stress fonctionnel, qui stimule la productivité. Il s'agit d'une réaction normale qui peut être gérée de manière routinière ;
- » **Stress cumulatif** : Stress résultant d'une exposition prolongée et non atténuée à des facteurs de stress. Le stress cumulatif est une forme courante de stress chez les travailleurs humanitaires. Lorsqu'il n'est pas reconnu et géré de manière proactive, ce stress peut conduire à l'épuisement professionnel et à la saturation compassionnelle ;
- » **Stress lié à un incident critique** : Stress causé par un événement extraordinaire et affectant la quasi-totalité des personnes concernées par l'événement. Comme ce stress est le résultat d'un événement extraordinaire (tel qu'un tsunami, un tremblement de terre ou une autre catastrophe naturelle), il est soudain, perturbateur, et crée un sentiment de vulnérabilité qui n'existait pas auparavant ;
- » **Stress traumatique secondaire**¹²⁰ : Réactions indésirables soudaines pouvant survenir lorsque l'on travaille auprès de personnes qui ont vécu des expériences négatives ou des événements traumatisants. Cette forme de stress fait écho au stress vécu par le survivant : elle est générée indirectement par l'expérience du survivant, et non par l'expérience directe du travailleur social ;
- » **Traumatisme par procuration**¹²¹ : Stress résultant du fait d'être témoin de l'expérience d'autres personnes ou d'apprendre ce que ces personnes ont vécu, entraînant la modification des croyances, du cadre de référence et de la vision du monde. Le traumatisme vicariant et le traumatisme direct surviennent dans la continuité du stress traumatique secondaire et peuvent avoir des conséquences à plus long terme pour les travailleurs, les obligeant à recourir à leur tour à des services de soutien afin de surmonter ces expériences.

¹¹⁹ L'Alliance pour la protection de l'enfance dans l'action humanitaire, [Definition and Functions of Supervision within Case Management](#).

¹²⁰ Jenks, S. R. et Baird, S., « [Secondary Traumatic Stress and Vicarious Trauma: A validation study](#) », 2002.

¹²¹ Ibid.

ÉVALUATION PES DE LA GESTION DES CAS

Date :

Nom du travailleur social :

Superviseur :

OBJECTIF

Cet outil permet aux superviseurs de déterminer si les travailleurs sociaux spécialisés dans la lutte contre la VBG ou la protection de l'enfance ont suffisamment de connaissances techniques pour intervenir auprès d'enfants ayant subi des violences sexuelles.

INSTRUCTIONS GÉNÉRALES

Utilisez cet outil PES de supervision de la gestion des cas lors d'un échange avec un travailleur social dans un endroit calme et privé.

1. Avant de réaliser cette évaluation, assurez-vous que le travailleur social justifie :
 - » De connaissances approfondies sur les violences sexuelles visant les enfants (d'après les résultats de *l'évaluation PES des connaissances*) ;
 - » D'attitudes et de convictions centrées sur l'enfant (d'après les résultats de *l'évaluation PES des attitudes*) ;
 - » Des compétences attendues en communication (d'après les résultats de *l'évaluation PES des compétences en communication*).

Reportez les scores obtenus aux outils d'évaluation dans l'encadré ci-dessous.

2. Expliquez-leur que cet outil sert à déterminer les domaines dans lesquels ils ont besoin de renforcer leurs capacités, et qu'il n'est pas question d'évaluer leurs performances. Expliquez aux travailleurs sociaux qu'ils recevront un score indiquant s'ils satisfont aux exigences générales en matière de compétences de gestion des cas.
3. Demandez aux travailleurs sociaux d'expliquer ou de décrire les 10 concepts inclus dans l'outil. Comparez leurs réponses au contenu de la colonne « Critères » et notez-les selon l'échelle suivante :
 - » **Niveau atteint (2 points)** : La personne évaluée fournit une réponse correcte et exhaustive.
 - » **Niveau partiellement atteint (1 point)** : La personne évaluée fournit au moins 50 % des éléments de réponse attendus. Ce serait le cas, par exemple, s'il est demandé de citer les principes directeurs à respecter pour travailler auprès d'enfants survivants » et si la personne ne peut en citer que quatre.
 - » **Niveau non atteint (0 point)** : La personne évaluée n'est pas en mesure de répondre à la question.
4. Une fois l'évaluation terminée, calculez le score total et discutez-en avec le travailleur social, en évoquant la nécessité éventuelle d'un renforcement des capacités.

Les travailleurs sociaux ont déjà atteint à ces évaluations de compétences	Oui (note obtenue)	Non (note obtenue)	Non évalué
Connaissances approfondies sur les violences sexuelles infligées aux enfants (d'après les résultats de l'évaluation PES des connaissances)			
Connaissance des attitudes et des approches à adopter avec les enfants (d'après les résultats de l'évaluation PES des attitudes)			
Bonnes compétences en communication (d'après les résultats de l'évaluation PES des compétences en communication)			

QUESTIONS D'ÉVALUATION

Compétences en gestion de cas	Critères	Niveau atteint (2 points)	Niveau partiellement atteint (1 point)	Niveau non atteint (0 point)
1. Quels sont les principes directeurs à respecter pour travailler auprès d'enfants survivants ?	<p>Pour obtenir le score maximum, la personne évaluée doit énumérer l'ensemble des principes directeurs : Besoin d'énumérer au moins cinq principes pour la moitié du score :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Accorder la priorité à la sécurité physique et émotionnelle. 2. Servir au mieux l'intérêt supérieur de l'enfant. 3. Obtenir le consentement/l'assentiment éclairé. 4. Garantir un niveau de confidentialité approprié. 5. Encourager la participation active de l'enfant dans le processus décisionnel. 6. Traiter chaque enfant de façon juste et équitable. 7. Traiter les enfants avec respect, gentillesse et empathie. 8. Reconnaître la spécificité de chaque enfant et de chaque famille. 9. Comprendre les caractéristiques sociales et l'expérience individuelle de chaque enfant. 			
2. Quelles sont les exigences liées à l'obligation de signalement dans ce contexte ?	[Réponse à adapter au contexte local.]			
3. Quelles sont les limites du principe de confidentialité dans les cas de violences sexuelles visant les enfants ?	<p>La personne évaluée doit citer les trois réponses suivantes pour obtenir le score maximum :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. L'existence de lois rendant le signalement obligatoire. 2. Le besoin d'assurer la sécurité physique et/ou émotionnelle de l'enfant. 3. L'existence d'un risque que l'enfant mette en danger sa propre vie ou celle d'une autre personne (risque d'homicide inclus). 			

<p>4. Comment les procédures de consentement/ d'assentiment éclairé peuvent-elles être adaptées aux enfants ?</p>	<p>La personne évaluée doit citer les deux principaux points suivants pour obtenir le score maximum :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. En tenant compte de l'âge et du niveau de développement de l'enfant. 2. En prévoyant la présence d'une personne s'occupant de l'enfant et le soutenant. 			
<p>5. De quelles manières les travailleurs sociaux peuvent-ils favoriser l'intérêt supérieur de l'enfant ?</p>	<p>La personne évaluée doit citer au moins trois des points suivants pour obtenir le score maximum :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. En protégeant l'enfant d'un préjudice émotionnel, psychologique et/ou physique potentiel ou ultérieur. 2. En agissant en fonction des souhaits et des besoins de l'enfant. 3. En autonomisant les enfants et les familles. 4. En examinant et en comparant les avantages et les conséquences potentiellement néfastes. 			
<p>6. À quel moment du processus de gestion de cas doit-on obtenir le consentement/ l'assentiment éclairé ?</p>	<p>La personne évaluée doit citer les deux réponses suivantes pour obtenir le score maximum :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Au début des services de gestion de cas. 2. Lorsqu'une orientation vers un autre prestataire de services est envisagée. <p>Cette démarche suppose d'obtenir l'autorisation de collecter des données (dans le système de gestion de l'information) et d'utiliser ces données dans des rapports statistiques.</p>			
<p>7. Expliquez les principaux besoins à évaluer chez un enfant survivant.</p>	<p>La personne évaluée doit citer les trois premières réponses ainsi qu'une réponse supplémentaire pour obtenir le score maximum :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sécurité et protection. 2. Soins de santé et traitements médicaux. 3. Besoins psychosociaux. 4. Assistance juridique. 5. Autre besoin spécifique au contexte. 			
<p>8. Quelles sont les étapes de la gestion de cas ?</p>	<p>La personne évaluée doit citer les six réponses suivantes pour obtenir le score maximum (elle obtient la moitié des points pour au moins quatre réponses) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Présentation de la démarche et mobilisation. 2. Évaluation. 3. Élaboration d'un plan d'action. 4. Mise en œuvre du plan d'action. 5. Suivi. 6. Clôture du cas et évaluation. 			
<p>9. Citez des exemples d'interventions de SMSPS pouvant être assurées par des travailleurs sociaux, en expliquant en quoi ces interventions peuvent aider les enfants survivants et les personnes qui s'en occupent.</p>	<p>Score maximum si au moins trois interventions sont citées et expliquées (moitié des points pour au moins deux interventions) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. L'éducation thérapeutique (ou psychopédagogie) : consiste à fournir des informations spécifiques et précises sur les violences sexuelles et les thèmes associés. Permet de mieux comprendre les conséquences de ces abus et de savoir comment s'en protéger à l'avenir. 2. L'apprentissage de la relaxation : consiste à enseigner des stratégies de gestion des symptômes physiologiques du stress. 3. La résolution de problèmes : consiste à analyser les problèmes et à y remédier par des solutions concrètes. 4. La stratégie d'adaptation : consiste à identifier les ressources et les stratégies que peut utiliser l'enfant pour l'aider à gérer ses émotions. 			

10. Quels sont les principaux critères qui permettent de savoir quand clôturer un cas ?	<p>La personne évaluée doit citer les trois réponses suivantes pour obtenir le score maximum (elle obtient la moitié des points pour deux critères) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le plan d'action a été mis en œuvre de manière satisfaisante et le suivi a été effectué. 2. Il n'y a pas eu de contact avec l'enfant pendant une période donnée (plus de 30 jours, par exemple). 3. L'enfant suivi et le travailleur social conviennent qu'aucun soutien supplémentaire n'est nécessaire. 			
TOTAL DES POINTS AUX QUESTIONS 1 À 10				
SCORE TOTAL				
<p>ÉVALUATION DES COMPÉTENCES EN GESTION DE CAS</p> <p>De 16 à 20 points : Les scores compris dans cet intervalle indiquent que la personne évaluée possède les connaissances fondamentales exigées pour pratiquer la gestion de cas et peut travailler en autonomie, sous le contrôle d'un superviseur, avec les enfants et leurs familles.</p> <p>De 7 à 15 points : Les scores compris dans cet intervalle indiquent que la personne évaluée a PARTIELLEMENT ATTEINT le niveau de compétence exigé pour pratiquer la gestion de cas, mais qu'une formation complémentaire est nécessaire pour renforcer ses connaissances et ses compétences. La personne évaluée doit être supervisée de très près si elle prend en charge des enfants ayant subi des violences sexuelles. Il convient également d'établir un plan de renforcement des capacités, qui peut inclure des séances d'encadrement individuelles, des possibilités de formation complémentaire, des séances d'observation de collègues ou d'autres activités de renforcement des capacités.</p> <p>De 0 à 6 points : Les scores compris dans cet intervalle indiquent que la personne évaluée n'a PAS ATTEINT le niveau de connaissances et de compétences exigé pour fournir des services de gestion de cas à des enfants survivants. Il convient d'établir un plan de renforcement des capacités, qui peut inclure des séances d'encadrement individuelles, des possibilités de formation complémentaire, des séances d'observation de collègues ou d'autres activités de renforcement des capacités. À l'issue de la formation supplémentaire, les connaissances doivent être réévaluées (en utilisant l'outil d'évaluation PES de la gestion des cas).</p>		<p>Évaluation finale :</p> <p>Niveau atteint</p> <p>_____ Niveau partiellement atteint</p> <p>_____ Niveau non atteint</p>		
<p>AUTRES OBSERVATIONS ET COMMENTAIRES (veuillez noter toute observation directe sur l'employé qui vous semble importante à inclure dans l'évaluation sur la communication)</p> <p>PLAN DE RENFORCEMENT DES CAPACITÉS (si nécessaire)</p>				

SIGNATURE DU SUPERVISEUR _____

SIGNATURE DE LA PERSONNE ÉVALUÉE _____

ÉTUDE DES CAS PES

Instructions pour les superviseurs :

Pour la supervision des cas, utilisez cette liste de contrôle dans les deux semaines suivant la prise en charge par un travailleur social d'un enfant ayant subi des violences sexuelles. Analysez la pratique du travailleur social sur un cas précis, en demandant au travailleur social s'il a bien réalisé les tâches à accomplir à chaque étape du processus de gestion de cas. Cette liste de contrôle permet d'évaluer concrètement les pratiques du travailleur social et de tirer les enseignements de cette supervision.

Instaurer un climat centré sur la confiance, l'assistance et le soutien attentionné				
Attitude/action évaluée	Oui	Non	s.o.	Commentaire du superviseur
1. Le travailleur social a-t-il conservé une attitude calme et apaisante durant toute la période de prise en charge et de traitement de l'enfant ?				
2. A-t-il communiqué avec l'enfant dans un langage simple, clair et non culpabilisant ?				
3. A-t-il dit à l'enfant qu'il était fort et courageux d'avoir raconté ce qui était arrivé, et que c'était la bonne chose à faire ?				
4. A-t-il dit à l'enfant qu'il n'était pas responsable de ce qui était arrivé ?				
5. A-t-il bien pris en compte les idées, les points de vue et les opinions de l'enfant durant toute la période de prise en charge et de traitement ?				
6. S'est-il abstenu de donner à l'enfant une quantité excessive d'information ?				
7. A-t-il instauré une relation positive avec les personnes s'occupant de l'enfant et n'ayant pas commis de violences ?				

Présentation de la démarche/mobilisation et évaluation				
Attitude/action évaluée	Oui	Non	s.o.	Commentaire du superviseur
8. Le travailleur social a-t-il expliqué à l'enfant, dans des termes simples et clairs, ce que sont les services de gestion de cas et la confidentialité ?				
9. A-t-il dûment obtenu le consentement ou l'assentiment éclairé de l'enfant et/ou de la personne s'occupant de l'enfant ?				
10. A-t-il réalisé une évaluation fiable et bienveillante (en appliquant les meilleures pratiques de communication et de conduite d'entretien) ?				
11. A-t-il demandé uniquement les informations nécessaires pour aider l'enfant et sa famille ?				
12. A-t-il bien évalué les besoins de l'enfant en matière de sécurité, de santé et de soutien psychosocial ?				
13. A-t-il rempli les bons formulaires et documents ?				
Définition et mise en œuvre du plan d'action				
Attitude/action évaluée	Oui	Non	s.o.	Commentaire du superviseur
14. Le travailleur social a-t-il élaboré un plan d'action fondé sur l'évaluation des besoins ?				
15. A-t-il cherché à connaître, conformément aux meilleures pratiques, les points de vue et les opinions de l'enfant dans le cadre du processus décisionnel ?				
16. A-t-il fait intervenir la personne s'occupant de l'enfant dans le plan de traitement et de prise en charge ?				
17. A-t-il tenu compte de l'intérêt de l'enfant (p. ex. en s'assurant qu'aucune action ne sera préjudiciable à la sécurité physique et émotionnelle de l'enfant) dans le cadre de l'élaboration du plan d'action ?				
18. A-t-il expliqué les différents services disponibles pour répondre aux besoins de l'enfant ?				

19. A-t-il demandé à l'enfant et à la personne qui s'en occupe les informations qu'ils souhaitaient partager dans le cadre du processus d'orientation, et comment ils souhaitaient que ces informations soient partagées ?				
20. A-t-il obtenu le consentement ou l'assentiment éclairé pour l'orientation vers d'autres services de prise en charge ?				
21. A-t-il orienté l'enfant de manière sûre et appropriée vers d'autres services (par exemple en l'y accompagnant) ?				
22. A-t-il appliqué les procédures de signalement obligatoire (le cas échéant) ?				
23. A-t-il fourni un soutien psychosocial supplémentaire (si nécessaire) ?				
24. A-t-il consulté son superviseur sur des questions urgentes liées à la sécurité de l'enfant ?				
25. A-t-il mis en place un plan de suivi ou fixé un rendez-vous de suivi ?				
26. A-t-il rempli les bons formulaires et documents ?				
Suivi du cas				
Attitude/action évaluée	Oui	Non	s.o.	Commentaire du superviseur
27. Le travailleur social a-t-il rencontré l'enfant au moment et à l'endroit prévus pour le rendez-vous de suivi ?				
28. A-t-il analysé le plan d'action initial afin d'évaluer dans quelle mesure il a répondu aux besoins de l'enfant ?				
29. A-t-il réévalué les besoins de l'enfant (en particulier en matière de sécurité) afin de savoir s'il y avait de nouveaux problèmes ou de nouveaux besoins ?				
30. A-t-il élaboré un plan d'action révisé pour répondre aux nouveaux besoins de l'enfant ?				
31. A-t-il obtenu le consentement éclairé pour l'intervention de tout autre prestataire de services devant intervenir dans la prise en charge et le traitement de l'enfant ?				
32. A-t-il fixé un nouveau rendez-vous de suivi avec l'enfant et/ou la personne s'occupant de lui ?				
33. A-t-il rempli les bons formulaires et documents?				

Clôture du cas				
Attitude/action évaluée	Oui	Non	s.o.	Commentaire du superviseur
34. Le travailleur social a-t-il vérifié, avec l'enfant ou la personne s'occupant de lui, que tous les besoins avaient été satisfaits et qu'aucun service supplémentaire n'était nécessaire ?				
35. A-t-il passé en revue le plan de sécurité mis en place ?				
36. A-t-il expliqué à l'enfant et à la personne s'occupant de lui qu'ils pouvaient revenir à tout moment s'ils avaient besoin d'autres services ?				
37. A-t-il bien rempli les documents nécessaires ?				
Évaluation générale des services de gestion de cas				
Attitude/action évaluée	Oui	Non	s.o.	Commentaire du superviseur
38. Le travailleur social a-t-il suivi les principes directeurs PES ?				
39. A-t-il respecté les étapes et les procédures de la gestion de cas ?				
40. A-t-il reçu des commentaires et bénéficié du point de vue de son superviseur sur son approche de la gestion de cas ?				

ORIENTATIONS RELATIVES À L'INTÉGRATION DES ÉVALUATIONS PES

Pour intégrer les évaluations PES de compétences dans leurs processus de supervision et de renforcement des compétences, les superviseurs ont deux possibilités :

- » Utiliser les trois outils complets d'évaluation des connaissances fondamentales (*évaluation PES des connaissances*), des attitudes essentielles (*évaluation PES des attitudes*) et des compétences en communication (*évaluation PES des compétences en communication*) ;
- » Intégrer des questions tirées de ces outils dans les mécanismes existants d'évaluation des travailleurs sociaux.

Évaluation et suivi des connaissances :

S'ils n'utilisent pas l'outil complet d'*Évaluation des connaissances sur la prise en charge des enfants survivants*, les superviseurs peuvent en reprendre les questions suivantes dans leur propre outil d'évaluation des connaissances.

Question	Score suggéré	Réponses attendues
1. Donnez une définition générale des violences sexuelles infligées aux enfants.	La personne évaluée doit remplir les principaux critères suivants pour obtenir le score maximum :	<ol style="list-style-type: none"> 1. Un enfant est un garçon ou une fille de moins de 18 ans. 2. L'enfant est soumis à un pouvoir à des fins sexuelles. 3. <i>La personne évaluée commencera probablement à décrire des actes spécifiques de violences sexuelles dont vous pouvez tenir compte pour juger la réponse à la question 2.</i>
2. Pouvez-vous donner des exemples de violences sexuelles avec toucher (contact) ?	La personne évaluée doit remplir les principaux critères suivants pour obtenir le score maximum :	<ol style="list-style-type: none"> 1. Forcer une relation sexuelle anale, vaginale ou orale. 2. Toucher la poitrine, les fesses ou l'anus d'un enfant de manière sexuelle. 3. Forcer un enfant à toucher les parties intimes d'une tierce personne à des fins sexuelles.
3. Donnez des exemples de violences sexuelles SANS attouchement (sans contact).	La personne évaluée doit fournir au moins cinq exemples pour obtenir le score maximum :	<ol style="list-style-type: none"> 1. Contraindre un enfant à regarder des films, à lire des histoires ou à regarder des images à caractère sexuel. 2. Montrer ses parties intimes à un enfant à des fins sexuelles (par exemple, se masturber devant un enfant). 3. Prendre des photos d'un enfant dans des positions sexuelles. 4. Obliger un enfant à regarder des actes sexuels. 5. Parler à un enfant en des termes sexuels. 6. Regarder de façon inappropriée un enfant se déshabiller ou aller aux toilettes (dans le but d'en retirer du plaisir sexuel).

<p>4. Énumérez les signes et les symptômes fréquents de violences sexuelles chez les enfants âgés de 0 à 5 ans.</p>	<p>La personne évaluée doit citer au moins cinq signes ou symptômes pour obtenir le score maximum :</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. L'enfant pleure, gémit ou crie de manière inhabituelle. 2. L'enfant tremble ou a peur. 3. L'enfant refuse d'être séparé des personnes qui s'occupent de lui, auxquelles il peut se montrer plus attaché que la normale. 4. L'enfant peut refuser de quitter les lieux où il se sent en sécurité. 5. L'enfant présente des troubles du sommeil. 6. L'enfant présente des troubles du développement, tels que la perte de sa faculté à parler.
<p>5. Énumérez les signes et les symptômes fréquents de violences sexuelles chez les enfants âgés de 6 à 9 ans.</p>	<p>La personne évaluée doit citer au moins six signes ou symptômes pour obtenir le score maximum :</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. L'enfant a peur de certaines personnes, de certaines activités ou de certains lieux. 2. L'enfant se comporte comme un bébé (par exemple, il mouille son lit ou demande à ses parents de l'habiller). 3. L'enfant peut refuser d'aller à l'école. 4. L'enfant touche fréquemment ses parties intimes. 5. L'enfant se sent triste. 6. L'enfant fait des cauchemars (de très mauvais rêves) ou présente des troubles du sommeil. 7. L'enfant reste seul et s'isole de sa famille ou de ses amis. 8. L'enfant présente des troubles du comportement alimentaire, tels que la perte d'appétit ou une faim constante. 9. Autres réactions fréquentes dans la population ou le contexte culturel.
<p>6. Énumérez les signes et les symptômes fréquents de violences sexuelles chez les enfants âgés de 10 à 17 ans.</p>	<p>La personne évaluée doit citer au moins six signes ou symptômes pour obtenir le score maximum :</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. L'enfant souffre de dépression, est triste ou pleure. 2. L'enfant fait des cauchemars. 3. L'enfant a des problèmes à l'école (il a du mal à se concentrer). 4. L'enfant reste à l'écart de ses amis et délaisse ses activités sociales. 5. L'enfant a un comportement colérique et bagarreur. 6. L'enfant pense constamment aux violences sexuelles, même lorsqu'il n'en a pas envie. 7. L'enfant a des pensées suicidaires et/ou fait des tentatives de suicide. 8. Autres réactions fréquentes dans la population ou le contexte culturel.
<p>7. Quelles sont les conséquences fréquentes des violences sexuelles sur la santé d'un enfant ?</p>	<p>La personne évaluée doit citer au moins huit conséquences pour obtenir le score maximum :</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Blessures (ecchymoses, fractures, lésions vaginales). 2. Maladie ou infection. 3. Infections chroniques. 4. Douleurs chroniques 5. Problèmes gastro-intestinaux. 6. Troubles du sommeil. 7. Grossesse non désirée. 8. Avortement à risque. 9. Infections sexuellement transmissibles (dont le VIH). 10. Troubles menstruels. 11. Complications pendant la grossesse. 12. Troubles gynécologiques.

<p>8. Qu'éprouvent souvent les personnes qui s'occupent de l'enfant lorsqu'elles découvrent qu'il a subi des violences sexuelles ?</p>	<p>La personne évaluée doit citer au moins cinq des éléments ci-après pour obtenir le score maximum :</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Un sentiment d'être responsables de la situation. 2. De la peur pour la santé et la sécurité de l'enfant. 3. De la culpabilité et de la honte. 4. De la colère envers l'enfant. 5. Un manque de compréhension à l'égard de l'enfant (par exemple, penser que ce dernier ment). 6. Toute autre réaction si elle est justifiée dans le contexte culturel.
<p>9. Qu'est-ce qui peut aider un enfant à s'adapter et à guérir ?</p>	<p>La personne évaluée doit énumérer au moins cinq facteurs pour obtenir le score maximum :</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Un soutien et des soins bienveillants en temps opportun. 2. La famille, un soutien social et des services de prise en charge. 3. Être en mesure de poursuivre sa scolarité et les autres activités auxquelles il participait avant la survenue des violences. 4. Bénéficier d'interventions psychosociales qui l'aident à comprendre et à gérer sa réaction aux violences. 5. Les capacités individuelles de l'enfant. 6. Des croyances religieuses ou spirituelles. 7. Autre facteur propre au contexte.

Évaluation et suivi des attitudes :

S'ils n'utilisent pas l'outil complet d'*évaluation PES des attitudes*, les superviseurs peuvent reprendre les questions suivantes dans leur propre outil d'évaluation des attitudes (ou d'évaluation générale).

Si la personne évaluée n'adopte pas, ou n'adopte que partiellement les attitudes requises pour travailler avec des enfants survivants (d'après l'évaluation réalisée avec l'outil complet ou d'après les questions ci-dessous), discutez avec elle afin de savoir si elle se sent prête à travailler avec ces enfants et leurs familles avant de décider s'il convient d'engager une réflexion approfondie et/ou d'entamer une formation complémentaire. Il peut ne pas être recommandé de laisser la personne travailler auprès d'enfants survivants tant qu'elle n'a pas initié une réflexion personnelle sur les valeurs et/ou croyances préjudiciables mises en évidence par l'évaluation des attitudes. Lorsque ce cas de figure se présente, les superviseurs doivent mener cette conversation de manière attentionnée et bienveillante. Dans certains contextes, il peut être nécessaire de discuter avec un supérieur des résultats de la personne en cause afin de déterminer comment mener la conversation.

Affirmation	Score individuel			
	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Pas vraiment d'accord	Pas du tout d'accord
1. Certaines filles, en raison de leur tenue ou de leur comportement, sont responsables des violences subies.	1	2	3	4
2. Les enfants qui ont été abusés sexuellement sont souillés et détruits.	1	2	3	4
3. Lorsque des adultes et des personnes qui s'occupent d'enfants affirment que les enfants ayant subi des violences sexuelles sont responsables de ce qui leur est arrivé, il est de mon devoir de contester leur point de vue de manière constructive.	4	3	2	1
4. Le fait de subir des violences sexuelles ne rend pas homosexuel.	4	3	2	1
5. Un enfant peut délibérément faire croire qu'il a subi des violences sexuelles.	1	2	3	4
6. Il est de ma responsabilité d'avoir conscience de mes propres valeurs et convictions au sujet des violences sexuelles, et de parler à mon superviseur si je me surprends à rejeter la faute sur les enfants ou à les juger.	4	3	2	1

Évaluation des compétences en communication

S'ils n'utilisent pas l'outil complet d'*Évaluation des compétences en communication* dans le cadre de la prise en charge des enfants survivants, les superviseurs peuvent en reprendre les questions suivantes dans leur propre outil d'évaluation des compétences en communication (ou d'évaluation générale).

Compétence en communication	Critères d'une réponse correcte	Niveau atteint (2 points)	Niveau partiellement atteint (1 point)	Niveau non atteint (0 point)
<p>1. Comment expliqueriez-vous en quoi consiste une orientation vers des services de santé à un enfant de 10 à 12 ans ayant subi des violences sexuelles ?</p>	<p>La personne évaluée doit donner les deux réponses suivantes pour obtenir le score maximum :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Décrire précisément ce que sont les services de santé (y compris les risques/conséquences). 2. Préciser quels sont les droits de l'enfant pendant les examens médicaux et le traitement. 			
<p>2. De quelle manière peut-on savoir comment se sent un enfant en utilisant des supports centrés sur l'enfant (dessins, jouets, etc.) ?</p>	<p>Plusieurs réponses correctes sont possibles :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dessiner des visages représentant les différentes émotions et demander à l'enfant de montrer le visage qui correspond le mieux à ce qu'il ressent. 2. Demander à l'enfant de dessiner comment il se sent dans sa tête et dans son cœur. 3. Demander à l'enfant d'utiliser différentes couleurs pour représenter les émotions qu'il ressent. 4. Autre idée ou activité proposée par le travailleur social qui pourrait être intéressante à mettre à l'essai. 			
<p>3. Quels choix est-il important d'offrir à l'enfant avant de lui poser des questions sur son expérience et les abus qu'il a subis ?</p>	<p>Score maximum si la réponse inclut au moins trois des choix suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le choix de se faire accompagner d'une personne qui s'occupe d'eux ou d'une autre personne de confiance. 2. Le choix du lieu de l'entretien. 3. Le choix du moment de l'entretien. 4. Si possible, le choix de discuter avec un homme ou avec une femme (ce choix est plus important pour les garçons survivants). Il est d'usage, dans le cadre des bonnes pratiques, que les filles soient interrogées par des conseillères féminines, les violences qu'elles ont subies étant presque exclusivement perpétrées par des hommes. 			
<p>4. Si l'enfant a moins de 5 ans, à qui devez-vous parler pour comprendre ce qui est arrivé ?</p>	<p>Score maximum si les deux réponses suivantes sont données :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. D'abord à la personne qui a accompagné l'enfant en consultation. 2. La personne qui s'occupe de l'enfant (s'il y a lieu). 			

<p>5. En quoi un entretien mené auprès d'un enfant de 7 ans diffère-t-il d'un entretien mené auprès d'un adolescent de 17 ans ?</p>	<p>Score maximum si au moins deux des réponses suivantes sont données :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Un adolescent de 17 ans comprend mieux ce qui lui est arrivé. 2. Un adolescent de 17 ans est davantage capable de donner ses idées et opinions sur la suite à donner aux événements. 3. Un adolescent de 17 ans se préoccupe davantage des répercussions sociales et de la stigmatisation des violences. 			
<p>6. Si un enfant refuse de vous parler (et s'il n'est ni handicapé ni malentendant), quels sont les trois points à vérifier ?</p>	<p>La personne évaluée doit citer au moins deux des points suivants pour obtenir le score maximum :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Y a-t-il dans la pièce une personne en présence de laquelle l'enfant a peur de s'exprimer ? 2. Mon comportement met-il l'enfant mal à l'aise ? 3. Le lieu de l'entretien permet-il à l'enfant de se confier en toute sécurité ? 			
<p>7. Expliquez, à l'aide d'un exemple, comment respecter le point de vue, les croyances et les opinions d'un enfant avec lequel on travaille.</p>	<p>La personne évaluée doit citer au moins deux des points suivants pour obtenir le score maximum :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Demander à l'enfant ce qu'il pense d'une action en particulier. 2. Au début des échanges et à tout autre moment par la suite, dire à l'enfant qu'il a le droit de partager ce qu'il pense et ressent. 3. Donner à l'enfant la possibilité de s'exprimer. 4. Autre exemple adapté au contexte. 			



www.unicef.org

childprotection@unicef.org

© Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)

Décembre 2023