

Supports de formation

SUPPORT DE FORMATION 1A : LES OBJECTIFS ET L'APERÇU DU COURS

LES OBJECTIFS DU COURS :

Amener l'étudiant à :

- Comprendre, décrire et analyser l'importance de la prise en charge familiale, des soins parentaux positifs, des actions clés pour éviter d'éloigner l'enfant de sa famille inutilement et les mesures importantes pour éviter que l'enfant ne subisse de préjudice.
- Comprendre l'impact du VIH sur les enfants et les familles et le rôle du travailleur social dans le soutien à la communication et aux soins au niveau de la famille, ainsi qu'aux référencement et aux autres services VIH.
- Comprendre et développer des compétences clés pour promouvoir la communication entre l'adulte et l'enfant comme stratégie pour réduire les risques concernant la protection de l'enfant et pour assurer une réponse plus efficace aux besoins liés au VIH.

LE CONTENU :

A. Théorie (30 h) :

1ère partie : Introduction aux principes de protection de l'enfant :

- Révision des concepts fondamentaux de protection de l'enfant en se focalisant sur la prise en charge familiale et les autres options de remplacement des soins familiaux.
- Identification des mécanismes de référencement et de gestion de cas, des principales étapes pour identifier les enfants à risque de maltraitance et prévenir l'éloignement inutile d'un enfant de sa famille pour le placer dans un centre résidentiel, y compris dans le cas d'enfants vivant avec le VIH et le handicap

2^{ème} partie : Promouvoir la communication sur des questions sensibles au niveau de la famille et de la communauté

- Les principes de communication entre adultes et enfants
- Le soutien à la communication au niveau familial dans le contexte de la famille élargie, tutelles
- La compréhension des principes fondamentaux concernant la divulgation du statut de séropositivité au VIH

B. Enseignement pratique (15 h) :

Découverte de la réalité sociale pour les enfants vulnérables aux risques liés au VIH et à la protection de l'enfant

- Exploration du rôle potentiel du travailleur social en association avec d'autres intervenants, au niveau de la communauté et dans le domaine de la santé
- Introduction aux compétences pratiques du travailleur social en ce qui concerne la prise en charge familiale et les soins dans les centres résidentiels pour enfants vulnérables
- Exploration du travail d'équipe dans le contexte de stages pratiques dans les services VIH et/ou actions judiciaires quand un enfant est à risque d'être retiré de sa famille

SUPPORT DE FORMATION 1B : LES AGES ET STADES DE DEVELOPPEMENT DES ENFANTS

Note : Ce support est un duplicata du Support de formation 1b du cours de première année.

LE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT

L'enfance est une période de croissance et de développement – d'avant la naissance à l'âge adulte

Les enfants se développent sur plusieurs plans :

- Physiquement – le corps, le cerveau
- Au niveau cognitif ou intellectuel– comment le cerveau reçoit, interprète et envoie des messages
- Socialement – l'interaction avec d'autres personnes
- Émotionnellement – la compréhension et l'expression de ses émotions, un sens de sa propre identité
- Moralement – agir conformément à ses propres valeurs et croyances sur le bien et le mal

En général, les enfants passent par des étapes de développement plus au moins dans le même ordre

CHAQUE ENFANT SE DEVELOPPERA A SON PROPRE RYTHME ET DE SA PROPRE FAÇON.

Le développement est influencé par :

- L'hérédité : les caractéristiques physiques et intellectuelles transmises dans la famille d'une génération à une autre (ADN)
- L'environnement : les gens, les lieux et les événements qui ont façonné la personne

Table : Principaux thèmes dans les étapes du développement de l'enfant

ÉTAPE	CARACTERISTIQUES CLES	PRIORITES POUR UN BON DEVELOPPEMENT
La première enfance 0-2 ans	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Croissance rapide du cerveau ▪ Apprend à bouger ▪ Développe des liens d'attachement et exprime ses besoins essentiels 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sécurité, sûreté et amour ▪ Stimulation pour que le cerveau se développe ▪ Nutrition pour la croissance
La petite enfance ou période préscolaire/de la maternelle 3-6 ans	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Curiosité ▪ Communication ▪ Imagination 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soutien rassurant et ▪ Stimulation par le jeu ▪ Développement des compétences sociales
L'école primaire 7-10/12 ans	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Amitiés ▪ Plus de mobilité ▪ Commence à se confronter à ses parents ou tuteurs 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Commencer à apprendre des compétences ▪ Distinguer le bien du mal ▪ Occasions de lier des amitiés
Le début de l'adolescence, 10-12/14 ans	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Groupes de référence/camarades ▪ Commence à confronter les règles des adultes ▪ Insécurité et confusion 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apprentissage ▪ Permettre des libertés mais dans le cadre de règles cohérentes

ÉTAPE	CARACTERISTIQUES CLES	PRIORITES POUR UN BON DEVELOPPEMENT
La seconde adolescence 15 – 19 ans	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comportements à risque ▪ Commence à prendre des décisions ▪ Développement de la sexualité 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Commence à prendre des responsabilités pour l'avenir ▪ Continuer à donner de l'amour, du soutien et un encadrement

BESOINS DE L'ENFANT PAR TRANCHES D'ÂGE (SELON LES NORMES ET STANDARDS DE PRISE EN CHARGE DES ENFANTS VULNERABLES)

 **LA PREMIERE ENFANCE (NOURRISSONS ET TOUT-PETITS) DE LA NAISSANCE JUSQU'A 2 ANS**

C'est la période de dépendance très cruciale dans la formation de la personnalité (nécessité de la continuité relationnelle entre l'enfant et la mère ; importance d'une interaction active entre l'enfant et sa mère). Les besoins spécifiques sont surtout physiologiques, de sécurité et psychosociaux caractérisés par :

<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'égoïsme (intelligence égoïste) ; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comprend le 'non' et sait s'arrêter quand on le lui dit
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sourit 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Est capable de boire à la tasse
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les relations avec les parents et les autres membres de l'entourage immédiat. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilise jusqu'à 8 mots et comprend des ordres simples
<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'apprentissage des rudiments linguistiques ; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Est capable d'indiquer des parties du corps et des images d'objets courants
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Joue à des jeux simples avec les mains 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Est capable de dire des noms
<ul style="list-style-type: none"> ▪ S'assoit 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se met debout lui-même et tient debout
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rampe 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'apprentissage moteur ;
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les réactions émotives ; 	

MANIFESTATIONS

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dit « maman », « papa » ou d'autres mots simples 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fait quelques pas en s'agrippant à une main ou à un meuble
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Est capable de concentrer sa vision 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A ses premières dents
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Roule sur lui-même 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Marche sans aide
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Est capable de s'asseoir seul et rester assis sans soutien 	

 **LA PETITE ENFANCE ET L'ÂGE PRESOLAIRE – DE 2 A 5/6 ANS**

<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'acquisition complète du langage ; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les problèmes de complexes (complexe d'Œdipe) ;
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le questionnement et l'intelligence sensorimotrice ; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'apprentissage des normes de bonne conduite ;

MANIFESTATIONS	
<ul style="list-style-type: none"> Est capable d'indiquer des parties du corps et des images d'objets courants 	<ul style="list-style-type: none"> Les besoins spécifiques de l'enfant de cette tranche d'âge sont encore certes physiologiques, de sécurité et psychosociaux, mais ils prennent un tournant décisif vers les besoins sociaux et d'estime de soi, tels que :
<ul style="list-style-type: none"> Est capable de dire ses nom et prénom 	<ul style="list-style-type: none"> L'acquisition de la notion du moi ;
<ul style="list-style-type: none"> Partage avec d'autres enfants 	<ul style="list-style-type: none"> Le psychisme fragile : importance des phobies ;
<ul style="list-style-type: none"> Reconnaît et nomme les couleurs correctement 	<ul style="list-style-type: none"> L'acquisition progressive des notions de propreté : s'habiller, se laver, le contrôle des sphincters ;
<ul style="list-style-type: none"> Est capable de se nourrir seul proprement, sans trop renverser 	<ul style="list-style-type: none"> Les apprentissages ludiques et l'importance des jeux de groupe.
<ul style="list-style-type: none"> Est capable de dessiner des bonshommes avec 2-3 caractéristiques de personnes 	<ul style="list-style-type: none"> Court et marche à reculons
<ul style="list-style-type: none"> Saute sur un seul pied 	<ul style="list-style-type: none"> Nomme des objets courants
<ul style="list-style-type: none"> Apprécie les rimes et les jeux de mots 	<ul style="list-style-type: none"> S'habille presque tout seul
<ul style="list-style-type: none"> Reconnaît les différences entre les sexes 	<ul style="list-style-type: none"> Apprend à attendre son tour (si on lui explique) quand il joue avec d'autres enfants
<ul style="list-style-type: none"> Comprend les différences de taille 	<ul style="list-style-type: none"> Utilise plus de mots et comprend des ordres simples
<ul style="list-style-type: none"> Comprend les concepts de temps 	<ul style="list-style-type: none"> Est capable de tracer une ligne (quand on lui en montre une)



DE 6 A 12 ANS : L'AGE DE L'ECOLE PRIMAIRE (OU TROISIEME ENFANCE)

L'enfant de cette tranche d'âge garde ses besoins antérieurs marqués d'une certaine maturité et tend de plus en plus à affermir ses besoins sociaux, d'estime de soi et les besoins de réalisation. Son intégration sociale se consolide mais entraîne en même temps des frustrations et une fragilité émotionnelle. L'enfant éprouve un fort goût des jeux, des apprentissages notamment scolaires : goût de l'école, tels que :

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Affirmation de l'estime de soi renforcée ; | <ul style="list-style-type: none"> Sens de la compétition ; |
| <ul style="list-style-type: none"> Fragilité émotionnelle ; | <ul style="list-style-type: none"> Pressions sociales et éducatives ; |
| <ul style="list-style-type: none"> Conscience de l'appartenance à un sexe donné | |

MANIFESTATIONS	
<ul style="list-style-type: none"> Va chercher de l'eau ou du bois 	<ul style="list-style-type: none"> Comprend et est capable de suivre plusieurs instructions d'un seul coup
<ul style="list-style-type: none"> Commence à perdre ses dents de lait et à avoir ses dents définitives 	<ul style="list-style-type: none"> Développe des aptitudes pour les sports d'équipe (football, etc.)
<ul style="list-style-type: none"> 'Être reconnu' par ses amis et ses copains devient important 	



DE 12 A 18 ANS : PUBERTE ET ADOLESCENCE

;L'entrée dans la puberté et l'adolescence est un moment crucial et critique pour l'enfant. La mauvaise gestion de cette période charnière vers l'âge adulte par les parents ou par l'enfant lui-même, peut déboucher sur une crise de personnalité. L'enfant est confronté aux problèmes ci-après :

▪ Goût de l'indépendance et affirmation de sa propre identité ;	▪ Changements corporels progressifs et changements de comportement ;
▪ Besoin de contestation et conflits fréquents avec les parents et les adultes en général ;	▪ Sens de responsabilité ;
▪ Sentiment d'être souvent mal compris, découragement et tendance à la dépression.	▪ Éveil et manifestation des désirs sexuels (recherche d'un partenaire du sexe opposé) ;
▪ Problèmes des études et d'orientation scolaire et professionnelle	

MANIFESTATIONS

▪ Apparition des poils (aisselle, pubis)	▪ Maturité sexuelle
▪ Début du développement des seins (fille)	▪ La voix mue (garçon)
▪ Premier cycle menstruel (fille)	▪ Comprend des concepts abstraits
▪ Taille et poids d'un adulte	▪ Commence à contester l'autorité des adultes et à être indépendant



DE 18 A 25/30 ANS : PASSAGE A L'AGE ADULTE

▪ C'est l'âge de la pleine maturité et de la responsabilité. On a maintenant affaire à l'adulte. Cette période correspond en général :	▪ Aux projets de vie : avoir un emploi décent, avoir des enfants, avoir une position sociale satisfaisante.
▪ Aux études supérieures ou au début de la vie active ;	▪ Aux relations intimes : sexualité, amitié, fiançailles, mariage, divorce ;

SUPPORT DE FORMATION 1C : LES DEFINITIONS DE LA PROTECTION DE L'ENFANT

Note : Ce support est un duplicata du Support de formation 1c du cours de première année.

ARTICLE 19 – LA CONVENTION DES NATIONS UNIES RELATIVE AUX DROITS DE L'ENFANT (UNCRC)

« Les États parties prennent toutes les mesures législatives, administratives, sociales et éducatives appropriées pour protéger l'enfant contre toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalités physiques ou mentales, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitements ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle, pendant qu'il est sous la garde de ses parents ou de l'un d'eux, de son ou ses représentants légaux ou de toute autre personne à qui il est confié. »

ARTICLE 20 :

Tout enfant qui est temporairement ou définitivement privé de son milieu familial, ou qui dans son propre intérêt ne peut être laissé dans ce milieu, a droit à une protection et une aide spéciales de l'État. Les États parties prévoient pour cet enfant une protection de remplacement conforme à leur législation nationale.

Cette protection de remplacement peut notamment avoir la forme du placement dans une famille, de la kafalah de droit islamique, de l'adoption ou, en cas de nécessité, du placement dans un établissement pour enfants approprié. Dans le choix entre ces solutions, il est dûment tenu compte de la nécessité d'une certaine continuité dans l'éducation de l'enfant, ainsi que de son origine ethnique, religieuse, culturelle et linguistique.

QUELQUES DEFINITIONS UNIVERSELLES

« Mesures et structures pour la prévention et la réponse à l'abus, la négligence, l'exploitation et la violence auprès des enfants. La prévention et la réponse à la violence, l'exploitation et l'abus des enfants. » (UNICEF)

« Protéger les enfants de la violence, de l'abus, de l'exploitation, de la négligence et de l'impact du VIH et du SIDA. » (Gouvernement du Malawi)

« La protection de l'enfant cherche à garantir le droit de tous les enfants à une vie sans risque de violence, d'abus, d'exploitation ou de négligence aussi bien dans un contexte d'urgence que de développement. » (Groupe inter-agences sur les systèmes de protection de l'enfant en Afrique sub-saharienne)

DEFINITIONS DES TYPES DE VIOLATIONS DE PROTECTION DE L'ENFANT

L'abus d'un enfant est l'acte délibéré de maltraitance qui peut endommager la sécurité de l'enfant, son bien-être, sa dignité et son développement. L'abus comprend toutes les formes de maltraitance physique, sexuelle, psychologique, ou émotionnelle.

(Définition Save the Children)

La violence contre les enfants est définie en tant que formes de violence physique ou mentale, de dommage et d'abus, de négligence ou de traitement négligent ou de maltraitance ou d'exploitation, y compris l'abus sexuel. (Bureau du Haut-Commissaire aux Droits de l'Homme 1990, Article 19)

L'exploitation d'un enfant est l'utilisation de l'enfant pour un avantage économique ou sexuel, pour une gratification ou un profit, résultant souvent en maltraitance injuste, cruelle et dégradante pour l'enfant. (Définition Save the Children)

La négligence de l'enfant est le fait, délibéré ou non, de ne pas prévoir ou assurer la sécurité physique de l'enfant et son développement. La négligence peut de manière significative perturber la santé et le développement de l'enfant, affaiblissant sa capacité à s'épanouir sur le plan émotionnel et social. (Définition Save the Children)

La séparation familiale comprend toute situation où un enfant est séparé de son tuteur légal. La séparation peut arriver suite au retrait de l'enfant par ordre juridique en raison d'allégations d'abus ; à des catastrophes ou conflits ; au trafic des êtres humains ; à l'institutionnalisation d'enfants dans des centres résidentiels ou de détention ; à des enfants vivant hors du cadre familial, dans la rue ou ailleurs. (PEPFAR, USAID Document Guide pour les Programmes pour les Orphelins et Enfants Vulnérables, Juillet 2012)

SUPPORT DE FORMATION 1D : LES LOIS ET POLITIQUES DE PROTECTION DE L'ENFANT EN RDC

Note : Ce support est un duplicata du Support de formation 1e du cours de première année.

CONSTITUTION DE LA REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

Art 40 : Tout individu a le droit de se marier avec la personne de son choix, de sexe opposé, et de fonder une famille.

- i. La famille, cellule de base de la communauté humaine, est organisée de manière à assurer son unité, sa stabilité et sa protection. Elle est placée sous la protection des pouvoirs publics.
- ii. Les soins et l'éducation à donner aux enfants constituent, pour les parents, un droit naturel et un devoir qu'ils exercent sous la surveillance et avec l'aide des pouvoirs publics.
- iii. Les enfants ont le devoir d'assister leurs parents.
- iv. La loi fixe les règles sur le mariage et l'organisation de la famille.

Art 41 : L'enfant mineur est toute personne, sans distinction de sexe, qui n'a pas encore atteint 18 ans révolus.

- i. Tout enfant mineur a le droit de connaître les noms de son père et de sa mère.
- ii. Il a également le droit de jouir de la protection de sa famille, de la société et des pouvoirs publics.
- iii. L'abandon et la maltraitance des enfants notamment la pédophilie, les abus sexuels ainsi que l'accusation de sorcellerie sont prohibés et punis par la loi.
- iv. Les parents ont le devoir de prendre soin de leurs enfants et d'assurer leur protection contre tout acte de violence tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du foyer.
- v. Les pouvoirs publics ont l'obligation d'assurer une protection aux enfants en situation difficile et de déférer devant la justice les auteurs et les complices des actes de violence à l'égard des enfants.
- vi. Toutes les autres formes d'exploitation d'enfants mineurs sont punies par la loi.

Article 42 : Les pouvoirs publics ont l'obligation de protéger la jeunesse contre toute atteinte à sa santé, à son éducation et à son développement intégral.

LA LOI N°09/001 DU 01 JANVIER 2010 PORTANT PROTECTION DE L'ENFANT (LPE) DE 2010

En promulguant la loi n°09/001 du 01 janvier 2010 portant protection de l'enfant (LPE), le Gouvernement de la République Démocratique du Congo garantit à ces enfants « le droit de bénéficier des différentes mesures à caractère administratif, social, judiciaire, éducatif, sanitaire et autres visant à les protéger de toutes formes d'abandon, de négligence, d'exploitation et d'atteinte physique, morale, psychique et sexuelle ». ¹

La LPE identifie 12 catégories d'enfants en situation difficile, comme suit :

1. L'enfant rejeté, abandonné, exposé à la négligence, au vagabondage et à la mendicité ou trouvé mendiant, vagabond ou qui se livre habituellement au vagabondage ou à la mendicité;

¹ République Démocratique du Congo. (2009). *Loi n° 09/001 du 10 janvier 2009 portant protection de l'enfant*. Kinshasa: Gouvernement de République Démocratique du Congo. Consulté à l'adresse <http://www.leganet.cd/Legislation/JO/2009/L.09.001.10.01.09.htm>

2. L'enfant qui, par sa mauvaise conduite ou son indiscipline, donne de graves sujets de mécontentement à ses parents ou tuteur ou à son entourage ;
3. L'enfant qui se livre à la débauche ou cherche ses ressources dans le jeu ou dans les trafics ou occupations l'exposant à la prostitution, à la mendicité, au vagabondage ou à la criminalité ;
4. L'enfant qui manque, de façon notoire et continue, de protection ou ne fréquente aucun établissement scolaire ou n'exerce aucune activité professionnelle ;
5. L'enfant habituellement maltraité ;
6. L'enfant exploité économiquement ou sexuellement ;
7. L'enfant accusé de sorcellerie ;
8. L'enfant mère ou porteuse d'une grossesse, objet de maltraitance de la part de ses parents ou tuteur ;
9. L'enfant sans soutien familial ou autre à la suite de la perte de ses parents ;
10. L'enfant vivant avec handicap ;
11. L'enfant toxicomane ;
12. L'enfant orphelin.

Cette loi fait bénéficier les enfants concernés de mesures spéciales de protection à travers les mécanismes de tutelle de l'État, le placement social et autres mécanismes de prise en charge appropriés.² Les mécanismes suivants de prise en charge sont prévus dans la LPE :

- Pour les enfants qui sont encore au sein de leurs familles ou qui ont la possibilité d'y retourner, une assistance matérielle ou financière de l'État à leurs parents si ceux-ci sont incapables d'assurer leur survie ;³
- Pour les enfants qui vivent en dehors du cadre familial, soit de façon temporaire, par un placement social dans la famille élargie, dans une famille d'accueil, au sein d'une institution publique ou privée agréée à caractère social, ou encore en foyer autonome pour leur hébergement, leur rééducation ainsi que leur réinsertion sociale⁴ ; soit en institution pour un placement en longue durée.⁵

En RDC, la Loi n° 08/011 du 14 juillet 2008 portant protection des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA et des personnes affectées, reconnaît les droits de toutes personnes vivant et affectés par le VIH, y compris les enfants. Cette Loi est complémentaire à la LPE.

² République Démocratique du Congo. (2009). *Loi n° 09/001 du 10 janvier 2009 portant protection de l'enfant* (Article 63). Kinshasa: Gouvernement de République Démocratique du Congo. Consulté à l'adresse <http://www.leganet.cd/Legislation/JO/2009/L.09.001.10.01.09.htm>

³ République Démocratique du Congo. (2009). *Loi n° 09/001 du 10 janvier 2009 portant protection de l'enfant* (Article 69). Kinshasa: Gouvernement de République Démocratique du Congo. Consulté à l'adresse <http://www.leganet.cd/Legislation/JO/2009/L.09.001.10.01.09.htm>

⁴ République Démocratique du Congo. (2009). *Loi n° 09/001 du 10 janvier 2009 portant protection de l'enfant* (Article 64 al 1). Kinshasa: Gouvernement de République Démocratique du Congo. Consulté à l'adresse <http://www.leganet.cd/Legislation/JO/2009/L.09.001.10.01.09.htm>

⁵ République Démocratique du Congo. (2009). *Loi n° 09/001 du 10 janvier 2009 portant protection de l'enfant* (Article 64 al 2). Kinshasa: Gouvernement de République Démocratique du Congo. Consulté à l'adresse <http://www.leganet.cd/Legislation/JO/2009/L.09.001.10.01.09.htm>

SUPPORT DE FORMATION 2 : LE ROLE ET LE CADRE DE COMPETENCES DES TRAVAILLEURS SOCIAUX

Note : Ce support est un duplicata du Support de formation 4c du cours de première année.

Conformément à l'article 5 de l'arrêté ministériel n°063/CAB.MIN.SAH.SN /2012 du 7/09/2012 portant sur la création, l'organisation et le fonctionnement du corps des assistants sociaux en RDC, le travailleur social a pour rôles de :

- Mener des enquêtes sociales ;
- Faire la guidance psychosociale ;
- Assurer la réinsertion sociale et économique ;
- Assurer l'accompagnement psychosocial afin de faciliter l'accès des groupes vulnérables aux services sociaux de base.

Conformément au projet pédagogique de l'INTS, au terme de trois ans de formation, le travailleur social A 1 doit acquérir les compétences ci-après :

1. Savoir établir une communication professionnelle ;
2. Savoir interagir avec son milieu professionnel ;
3. Savoir exercer sa pratique dans une perspective réflexive, citoyenne et responsable ;
4. Savoir situer et analyser les phénomènes sociaux, les territoires et les communautés afin d'en comprendre les enjeux et d'en faciliter l'action ;
5. Savoir identifier les situations sociales des communautés, des groupes et des personnes ;
6. Savoir élaborer, mettre en œuvre et évaluer un processus (projet) d'intervention sociale AVEC les communautés, les groupes et les personnes ;
7. Savoir construire, mettre en place, suivre et évaluer des projets selon une approche logique ;
8. Savoir construire, développer et gérer des relations professionnelles avec les communautés, les groupes et les personnes ;
9. Savoir promouvoir le changement social, la solidarité et la créativité.

Ce cours est focalisé sur le VIH. Il est important que le travailleur social soit conscient des notions fondamentales concernant le VIH et puisse communiquer sur le sujet de façon confidente et sensible. Ceci comprend de pouvoir parler ouvertement sur ces notions fondamentales ainsi que sur l'importance de connaître son statut sérologique pour pouvoir accéder le plus rapidement possible aux services de traitement et soutien.

SUPPORT DE FORMATION 3A : L'IMPORTANCE DE LA PRISE EN CHARGE FAMILIALE ET DU RENFORCEMENT DE LA FAMILLE

Le contenu de ce support de formation est tiré et adapté de Republic of Indonesia / UNICEF. 2016, draft. Professional social work training: para-social worker training, module 2 et CELCIS/Université de Strathclyde. Garantir une prise en charge adéquate pour tous les enfants. Cours de formation en ligne en anglais, français et espagnol.

<http://www.alternativecaremooc.com/index.php/fr/>

POURQUOI LA PRISE EN CHARGE FAMILIALE EST-ELLE SI IMPORTANTE ?

La prise en charge familiale est un DROIT pour tous les enfants.

La LPE reconnaît que :

- La **famille** de l'enfant est la **meilleure** option, **sauf si la sécurité de l'enfant est en jeu** suite à des abus et des négligences extrêmes ;
- La pauvreté seule n'est pas une raison de priver l'enfant d'une prise en charge familiale ; c'est un appel au secours.

Les Lignes directrices des Nations Unies relatives à la protection de remplacement pour les enfants établissent spécifiquement que :

« La pauvreté financière ou matérielle, ou des conditions uniquement et exclusivement imputables à cet état de pauvreté, ne devraient jamais servir de justification pour retirer un enfant à la garde de ses parents, pour placer un enfant sous protection de remplacement ou pour empêcher sa réintégration. Elles devraient plutôt être interprétées comme un signe qu'il convient d'apporter une assistance appropriée à la famille. »

Par ailleurs, elles déclarent que « Le retrait de l'enfant à sa famille doit être considéré comme une mesure de dernier recours ».

La protection de remplacement (ou prise en charge alternative des enfants sans soins parentaux adéquats)

Parmi les enfants vulnérables (Art 62, LPE), ceux qui sont repris ci-plus bas sont susceptibles de vivre dans une structure alternative :

L'enfant :

1. Rejeté, abandonné, exposé à la négligence, au vagabondage et à la mendicité
2. Qui se livre à la débauche ou cherche ses ressources dans le jeu ou dans les trafics ou occupations l'exposant à la prostitution, à la mendicité, au vagabondage ou à la criminalité ;
3. Sans soutien familial ou autre à la suite de la perte de ses parents.

D'autres enfants peuvent vivre à la maison mais sans prise en charge appropriée.

La LPE reconnaît le besoin de mesures spéciales de protection :

- Pour les enfants qui sont encore au sein de leurs familles ou qui ont la possibilité d'y retourner, **une assistance matérielle ou financière de l'État à leurs parents** si ceux-ci sont incapables d'assurer leur survie.
- Soit, de façon temporaire, un placement social dans la famille élargie, dans une famille d'accueil, au sein d'une institution publique ou privée agréée à caractère social ou

encore en foyer autonome pour l'hébergement, la rééducation ainsi que la réinsertion sociale de l'enfant.

- Soit un placement en institution pour les longues durées.

Le MINAS a deux lignes directrices :

- Les normes et standards de prise en charge des enfants vulnérables, juillet 2014
- Le guide des prestataires de prise en charge des enfants en situation difficile, septembre 2014

LA RDC, en tant que pays signataire de la Convention des Droits de l'Enfant, vise à garantir que tout le soutien qu'elle procure aux enfants qui ont besoin de soins et de protection, soit en accord avec les « Lignes directrices relatives à la protection de remplacement pour les enfants »⁶

Toutes les lignes directrices reconnaissent les étapes essentielles suivantes :

- Le 'principe de nécessité': prévenir le besoin de protection de remplacement ;
- Le 'principe du caractère approprié': déterminer la forme de prise en charge la plus appropriée ;
- Veiller à ce que tous les centres de soins soient suivis de manière continue, afin que les enfants soient placés dans un environnement permanent, le plus approprié pour eux et le plus rapidement possible, y compris la réintégration ;
- Soutenir le suivi.

Une prise en charge appropriée doit :

- Être adaptée : Dans les normes communautaires
En accord avec l'intérêt supérieur de l'enfant
- Être continue : Stable
Avec des tuteurs constants
- Promouvoir le bien-être physique : Santé et nutrition
Environnement sécurisé
Éducation
- Rencontrer le bien-être émotionnel : Encouragement
Amour et affection
Stimulation

Tous les soins doivent être évalués par rapport au bien-être de l'enfant.

⁶ Cantwell, N., Davidson, J., Elsley, S., Milligan, I., & Quinn, N. (2012). *En marche vers la mise en œuvre des « Lignes directrices relatives à la protection de remplacement pour les enfants »*. Centre for Excellence for Looked After Children in Scotland. Consulté à l'adresse <http://www.alternativecareguidelines.org/Portals/46/Moving-forward/En-marche-vers-la-mise-des-lignes-directrices-relatives-a-la-protection-V2.pdf>

SUPPORT DE FORMATION 3B : UNE 'CASE' DE SOUTIEN

Les informations présentées ci-dessous montrent l'importance de la **parentalité positive**. Ce support de formation est extrait du programme de parentalité des enfants de Sinovuyo. Ce programme est utilisé par 4Children à Kinshasa.

La case, ou hutte traditionnelle, montre pourquoi il est important de construire une relation solide et positive avec son enfant.



Les murs de terre symbolisent l'interaction positive entre les parents et les enfants – passer des moments privilégiés avec son enfant, développer ses compétences langagières, parler des sentiments, féliciter et soutenir les bons comportements. **Les murs de terre sont les fondations de la bonne éducation parentale.**

Quand nous passons **au toit de chaume**, nous parlons de fixer des limites, d'établir des règles familiales et de gérer des comportements à problèmes.

Quand les parents passent plus de temps à construire des relations positives avec leurs enfants, ils ont souvent moins besoin de les punir. Plus les parents passent du temps à jouer avec leurs enfants et à les féliciter, moins leurs enfants se comporteront mal et rechercheront une attention négative. Les parents et les enfants se sentent soutenus et aimés. Les parents sont moins stressés.

Si les murs de la case sont solides, le toit de chaume sera plus facile à entretenir.

Si les murs sont mal construits, avec de mauvais matériaux négatifs ou si les parents passent tout leur temps à s'inquiéter du toit de chaume (en faisant des règles, en réprimandant et en punissant leurs enfants) sans construire des murs solides, la case de soutien s'écroulera.

Les enfants se sentiront déconnectés et manqueront d'assurance émotionnelle et ils se comporteront mal. Les parents seront stressés et malheureux.

Enfin, le « soleil de l'attention positive » montre à quel point il est important que les enfants reçoivent autant d'attention positive que possible de leurs parents.

Quand nous construisons la case de soutien, il est important de féliciter les parents pour l'engagement qu'ils prennent envers leurs enfants, leur famille et eux-mêmes.

SUPPORT DE FORMATION 4A : JEUX DE CARTES SUR LA TERMINOLOGIE

On découpera les cartes individuelles et on les mélangera avant la Section 4.

Protection de remplacement	Prise en charge permanente par des personnes ou des entités pour des raisons autres que des loisirs et sans lien avec l'absence de volonté ou l'incapacité des parents à protéger leurs enfants.
Protection de remplacement informelle	Dispositions prises de manière privée où un enfant est pris en charge par des membres de sa famille ou des personnes de la communauté connues de l'enfant, sans intervention des autorités. Cette protection est aussi appelée 'prise en charge informelle par des proches'.
Protection de remplacement formelle	Prise en charge dans un environnement familial, décidée ou autorisée par une autorité compétente, mais aussi toute prise en charge par une institution, décidée ou approuvée par une autorité compétente ou non.
Placement familial	Placement où l'enfant est pris en charge dans le foyer des personnes en charge de sa protection. Il peut être formel ou informel et inclut donc la prise en charge informelle par des proches. La forme de placement familial la plus courante est le placement en famille d'accueil, décidé ou autorisé par une autorité compétente. Cependant, il peut varier selon les pays, allant de la prise en charge formelle par des proches à certains types de tutorats où l'enfant vit avec son tuteur légal.
Placement en institution	Un enfant placé en institution est pris en charge dans un cadre non familial, il ne vit donc pas dans le foyer des personnes en charge de sa protection. La diversité des institutions dans le monde est immense et va de petits foyers à des centres spécialisés en passant par les orphelinats et d'autres types de grands établissements souvent désignés par le terme institutions. Il est crucial d'établir une distinction claire entre les différentes formes de placement en institution.
Autorité compétente	Organisme officiellement désigné, tel qu'un tribunal, un service social ou un autre organisme (gouvernemental ou non) investi du droit et de la responsabilité de prendre des décisions en lien avec la protection de remplacement.
Préparation de l'admission à la protection de remplacement	Ensemble de procédures systématiques comprenant les mécanismes d'évaluation, de gestion et de planification des cas individuels qui permet à l'ensemble des personnes impliquées dans la prise en charge des enfants de prendre des décisions fondées et d'effectuer des choix individualisés dans le meilleur intérêt de chaque enfant. De telles procédures doivent garantir que la protection de remplacement n'est utilisée qu'en cas de nécessité, qu'elle est bien la meilleure solution, que d'autres aides sont fournies afin de répondre aux besoins spécifiques de l'enfant, que les enfants retrouvent leur famille si et dès que possible, que les enfants dont l'âge les exclut de la protection de remplacement reçoivent le soutien le mieux adapté et que des alternatives permanentes sont trouvées lorsque cela s'avère nécessaire.
Placement ponctuel	Placement de jour ou placement planifié sur le court terme d'enfants que les parents ne sont pas en mesure de prendre en charge à temps plein.

Abandon	Abandon anonyme d'un enfant sans avoir organisé sa protection future, généralement dans un lieu où l'enfant sera découvert, par exemple, dans la rue.
Enfant confié à un tiers	Enfant volontairement confié à une personne tierce, un organisme ou une institution.
Enfant en situation de rue	Toute fille ou tout garçon qui n'a pas atteint l'âge adulte, pour qui la rue, dans son sens le plus large y compris des logements inoccupés, des terrains vagues, etc., est devenue son lieu d'habitation et/ou son moyen de subsistance, et qui est insuffisamment protégé, dirigé et supervisé par des adultes responsables.

SUPPORT DE FORMATION 4B : LA TERMINOLOGIE DE LA PROTECTION DE REMPLACEMENT

Les définitions et les descriptions fournies par les Lignes directrices des Nations Unies relatives à la protection de remplacement pour les enfants.

Protection de remplacement : Prise en charge permanente fournie par des personnes ou des entités pour toute raison autre qu'à des fins récréatives et sans lien avec l'absence de volonté ou l'incapacité des parents à fournir une protection.

Protection de remplacement informelle : Dispositions prises de manière privée dans le cadre desquelles un enfant est pris en charge par des membres de sa famille ou des personnes de la communauté connues de l'enfant, sans intervention des autorités. On désigne cela par le terme de prise en charge informelle par des proches.

Protection de remplacement formelle : Prise en charge dans un environnement familial, décidée ou autorisée par une autorité compétente, ainsi que toute prise en charge fournie par une institution, que cette prise en charge ait été décidée ou approuvée par une autorité compétente ou non.

Placement familial : Prise en charge d'un enfant au sein du foyer des personnes en charge de sa protection. Ceci peut être formel – le placement en famille d'accueil, décidé ou autorisé par une autorité compétente – ou informel - la prise en charge informelle par des proches.

Placement en institution : La prise en charge dans un cadre non familial, où l'enfant ne vit pas dans le foyer des personnes en charge de sa protection, soit les petits foyers ou les centres spécialisés, soit les orphelinats et d'autres types de grands établissements souvent désignés par le terme institutions.

Autorité compétente : Un organisme officiellement désigné, tel qu'un tribunal, un service social ou un autre organisme (gouvernemental ou non) investi du droit et de la responsabilité de prendre des décisions en lien avec la protection de remplacement.

Préparation de l'admission à la protection de remplacement : Ensemble de procédures systématiques comprenant les mécanismes d'évaluation, de gestion et de planification des cas individuels qui permet à l'ensemble des personnes impliquées dans la prise en charge des enfants de prendre des décisions fondées et d'effectuer des choix individualisés dans le meilleur intérêt de chaque enfant. De telles procédures doivent garantir que la protection de remplacement n'est utilisée qu'en cas de nécessité, qu'elle est bien la meilleure solution, que d'autres aides sont fournies afin de répondre aux besoins spécifiques de l'enfant, que les enfants retrouvent leur famille si et dès que possible, que les enfants dont l'âge les exclut de la protection de remplacement reçoivent le soutien le mieux adapté et que des alternatives permanentes sont trouvées lorsque cela s'avère nécessaire.

Placement ponctuel : Placement de jour ou placement planifié sur le court terme d'enfants dont les parents ne sont pas en mesure de les prendre en charge à temps plein.

Abandon : Abandon anonyme d'un enfant sans avoir organisé sa protection future, généralement dans un lieu où l'enfant sera découvert, par exemple, dans la rue.

Enfant confié à un tiers : Enfant volontairement confié à une personne tierce, un organisme ou une institution.

Enfant en situation de rue : Toute fille ou tout garçon qui n'a pas atteint l'âge adulte, pour qui la rue, dans son sens le plus large y compris des logements inoccupés, des terrains vagues, etc., est devenue son lieu d'habitation et/ou son moyen de subsistance, et qui est insuffisamment protégé, dirigé et supervisé par des adultes responsables.

SUPPORT DE FORMATION 4C : TRAVAIL EN GROUPES : SOUTENIR LES ENFANTS PLACES DANS UNE STRUCTURE ALTERNATIVE

GROUPE 1 : LA PRISE EN CHARGE PAR LA PARENTE (FAMILLE ELARGIE)

Préparer un petit jeu de rôle à présenter devant le reste du groupe. Utiliser le scénario suivant.

On a demandé à votre équipe des travailleurs sociaux de rendre visite à une famille où un couple âgé a récemment pris en charge ses petits-enfants. L'homme et la femme ont plus de 70 ans et les enfants sont eux âgés de 3, 5 et 7 ans. Leur mère, qui était l'un des enfants du couple, est morte récemment du SIDA et le père a disparu. Personne ne sait où il est allé. La famille possède une maison de deux pièces et vit dans la région depuis un certain temps. Le couple aime profondément ses petits-enfants. Ils ont deux autres filles qui habitent à proximité avec leurs familles et un fils unique vit avec eux bien qu'il travaille souvent loin de la maison.

Le jeu de rôle devrait :

- Faire ressortir les questions essentielles qu'un travailleur social doit se poser quand il décide si un enfant semble en sécurité, aimé et entouré ;
- Envisager le soutien principal dont un enfant peut avoir besoin pour garantir son bien-être lors de la prise en charge par la parenté ;
- Penser aux tâches principales qu'un travailleur social devrait entreprendre pour soutenir l'enfant et la famille.

GROUPE 2 : LA PRISE EN CHARGE TRANSITOIRE

Préparer un petit jeu de rôle à présenter devant le reste du groupe. Utiliser le scénario suivant.

Un garçon âgé de 12 ans est venu récemment à votre centre d'accueil. Ses amis de la rue l'avaient amené avec eux. Il était arrivé à Kinshasa en provenance de l'autre côté du fleuve Congo. Il n'a rien dit de son problème mais il semble qu'il se serait enfui de sa famille. Il n'a aucun papier sur lui. Il sait lire et écrire.

Le jeu de rôle devrait :

- Faire ressortir les questions essentielles qu'un travailleur social doit se poser quand il décide si un enfant semble en sécurité, aimé et entouré ;
- Envisager le soutien principal dont un enfant peut avoir besoin pour garantir son bien-être lors de la prise en charge transitoire et à plus long terme ;
- Penser aux tâches principales qu'un travailleur social devrait entreprendre pour soutenir l'enfant et toute famille qui pourrait être impliquée.

GROUPE 3 : LE PLACEMENT EN INSTITUTION

Préparer un petit jeu de rôle à présenter devant le reste du groupe. Utiliser le scénario suivant.

Vous travaillez comme travailleur social dans un petit orphelinat catholique où il y a en permanence entre dix et dix-huit enfants, âgés de 2 à 12 ans. Quand ils atteignent l'âge de 12 ans, les enfants sont déplacés vers un orphelinat plus grand et non-mixte. Votre directeur vous dit qu'on lui a demandé de faire un suivi de toutes les familles des enfants afin de déterminer quels enfants pourraient retourner dans leurs familles biologiques. Il vous demande d'en apprendre plus au sujet d'un frère et d'une sœur, François et Katia, qui

sont à l'orphelinat depuis l'âge de 3 et 4 ans respectivement, et qui sont maintenant âgés de 7 et 8 ans. Un des gardiens se souvient de leur arrivée et dit être du même village que les parents ; Il se rappelle qu'il y a eu une sorte de scandale qui a amené les enfants à venir à l'orphelinat.

Le jeu de rôle devrait :

- Faire ressortir les questions essentielles qu'un travailleur social doit se poser quand il décide si un enfant semble en sécurité, aimé et entouré ;
- Envisager le soutien principal dont un enfant peut avoir besoin pour garantir son bien-être lors de la prise en charge par une institution et à plus long terme ;
- Penser aux tâches principales qu'un travailleur social devrait entreprendre pour soutenir l'enfant et toute famille qui pourrait être impliquée.

SUPPORT DE FORMATION 4D : LES POLITIQUES ET DIRECTIVES SUR LA PROTECTION DE REMPLACEMENT EN RDC – UN RESUME

« La survie de l'enfant en présence de nombreux autres enfants dans un centre d'accueil n'est pas l'idéale pour son intérêt supérieur. Pour cette raison, le recours à sa famille de base est beaucoup mieux.

Le milieu familial reste le meilleur milieu de vie pour l'enfant ; c'est là qu'il construit ses relations (réseau social). Le milieu familial est l'endroit idéal pour lui garantir une bonne éducation et un développement harmonieux. La rupture familiale doit être considérée (et montrée aux parents) comme une situation non souhaitée, une anomalie qui doit être réparée par **un retour de l'enfant dans sa famille. Cela doit être le but final de toute action de prise en charge d'un enfant en rupture familiale.**

Néanmoins, lorsque le milieu familial constitue lui-même une source de risques pour l'enfant, il importe de procéder à une évaluation objective de ces risques en rapport avec l'intérêt supérieur et la sécurité de l'enfant, avant de prendre la décision de son retour ou non. »

Le guide des prestataires de prise en charge des enfants en situation difficile, septembre 2014

LA PRISE EN CHARGE PAR LA PARENTE (LA FAMILLE ELARGIE)

Il n'existe actuellement aucune directive nationale en RDC concernant la prise en charge par la parenté (la famille élargie). De nombreuses enfants vivent dans des situations informelles de prise en charge par la parenté ou par la famille élargie, l'option préférée selon les politiques nationales pour des enfants n'ayant pas la possibilité de vivre avec leurs parents biologiques.

Dans la plupart des cas, les enfants seront aimés et bien soignés et aucune intervention ne sera requise. La situation des enfants pris en charge par la parenté ne nécessite pas de supervision formelle.

La bonne pratique en termes de soutien à la prise en charge par la parenté inclut les éléments suivants :⁷

La prise en charge par la parenté ne devrait être envisagée que si la mère ou le père ne peut pas prendre soin de l'enfant, de façon temporaire ou permanente. Cette situation peut se présenter notamment dans le cas de:

- Décès des parents ;
- Abandon de l'enfant par les parents, ou renonciation, par exemple en cas de remariage ;
- Incapacité des parents, pour cause de maladie physique ou mentale ou parce qu'ils font du mal à l'enfant, physiquement, sexuellement ou émotionnellement ;
- Parents en prison ;
- Séparation pendant une situation d'urgence.

⁷ Ministry of Health and Social Welfare. (2014). *Guidelines for Kinship Care, Foster Care and Supported Independent Living in Liberia*. Government of Liberia. Consulté à l'adresse <http://bettercarenetwork.org/sites/default/files/attachments/Guidelines%20for%20Kinship%20Care%2C%20Foster%20Care%2C%20and%20Supported%20Independent%20Living%20in%20Liberia.pdf>

Parfois un enfant va vivre avec un autre membre de la famille, même si le parent est en mesure de prendre en charge l'enfant, parce que, par exemple :

- Les parents migrent pour chercher du travail ;
- Le parent (en général la mère) a eu l'enfant à un moment où il est considéré trop jeune pour prendre la responsabilité de l'enfant ;
- Les parents sont séparés et l'un des deux s'est remarié à un partenaire qui ne veut pas que l'enfant vive avec eux ;
- Il y a trop d'enfants à nourrir dans le foyer ;
- L'enfant ne peut pas accéder à l'école ou à d'autres services de bases là où il vit avec ses parents.

Dans ces cas, il est important de voir s'il y aurait des moyens de soutenir la famille financièrement et moralement pour que la famille et l'enfant puissent rester ensemble.

Dans certaines situations, les parents auront besoin d'un peu de soutien avant que l'enfant puisse retourner chez eux. Dans ces cas, la prise en charge par la parenté peut être une bonne solution provisoire jusqu'au moment où la famille est prête à accueillir son enfant.

L'enfant peut choisir de ne pas vivre avec ses parents ou d'autres membres de la famille, s'il a déjà souffert de maltraitance ou parce qu'il a été séparé pour une longue durée de temps et a perdu toute familiarité. Dans ces cas, il serait plus approprié de considérer d'autres options comme la prise en charge par une famille ou foyer d'accueil, ou l'aide à la vie autonome.

Dans la majorité des cas, le placement d'enfants avec la parenté convient aussi bien à l'enfant qu'à la famille. Et quand il n'y a aucune inquiétude par rapport au bien-être de l'enfant, aucune intervention n'est nécessaire.

Pour en savoir plus sur la prise en charge par la parenté en RDC, veuillez consulter le document (en anglais) de Save the Children. 2013. « Bana Bonsu Mbetu » All are our children. Save the Children Kinship Research in West Central Africa – République Démocratique du Congo. ⁸

LA PRISE EN CHARGE PAR DES FAMILLES D'ACCUEIL

Il n'existe actuellement aucune directive nationale en RDC concernant la prise en charge par des familles d'accueil. Il existe quelques petits projets qui soutiennent la prise en charge par des familles d'accueil, souvent dans des lieux touchés par le conflit.

La bonne pratique en termes de soutien à la prise en charge par des familles d'accueil inclut les éléments suivants :⁹

La prise en charge par une famille d'accueil est une option familiale de protection de remplacement pour des enfants pour lesquels on ne peut pas trouver de membre de la famille biologique ou du réseau de la famille élargie, par exemple un enfant vivant dans la rue placé dans une option de protection de remplacement pendant qu'on cherche à localiser sa famille, ou un enfant quittant un orphelinat n'ayant pas de famille élargie et pris en charge par une famille d'accueil.

⁸ Save the Children. (2013). "BANA BONSU MBETU" All are our Children. Save the Children. Consulté à l'adresse https://resourcecentre.savethechildren.net/node/7847/pdf/drc_report_kinship_care_drc_report_0811131.pdf

⁹ Ministry of Health and Social Welfare. (2014). *Guidelines for Kinship Care, Foster Care and Supported Independent Living in Liberia*. Government of Liberia. Consulté à l'adresse <http://bettercarenetwork.org/sites/default/files/attachments/Guidelines%20for%20Kinship%20Care%2C%20Foster%20Care%2C%20and%20Supported%20Independent%20Living%20in%20Liberia.pdf>

La prise en charge par une famille d'accueil ne devrait être envisagée que si ni la mère, ni le père, ni un membre de la famille élargie, ne peuvent prendre soin de l'enfant, de façon temporaire ou permanente, ou dans le cas où ce n'est pas dans l'intérêt supérieur de l'enfant d'être pris en charge par sa propre famille. Les raisons pour lesquelles un enfant pourrait nécessiter une prise en charge par une famille d'accueil sont les mêmes que celles pour lesquelles un enfant aurait besoin d'une prise en charge par la parenté, là où cette famille élargie n'est pas présente.

La prise en charge par une famille d'accueil peut présenter une option de soins :

- Temporaire si on n'arrive pas immédiatement à identifier un réseau de la famille élargie :
- Pendant la période où la famille biologique reçoit du soutien pour la préparer à accueillir son enfant, et dans le cas où aucun membre de la famille élargie n'est disponible, capable ou approprié pour aider ;
- Pendant qu'on essaye de localiser la famille de l'enfant avec le but de réintégrer l'enfant avec ses parents ou sa famille élargie ;
- Pendant qu'on essaye d'identifier une famille adoptive pour un enfant sans famille proche ou élargie ;
- Si l'enfant a moins de trois ans et que la prise en charge dans une institution résidentielle n'est pas considérée comme appropriée.

La prise en charge par une famille d'accueil peut être considérée comme une option à long terme pour l'enfant :

- Sans famille proche ni élargie jusqu'à ce qu'il puisse vivre indépendamment ;
- Quand une famille adoptive ne peut pas être identifiée ;
- Qui préfère ne pas vivre avec ses parents ou membres de la famille élargie, pour raison de maltraitance ou de séparation de longue durée ;
- Qui nécessite des services spécialisés ou un haut niveau de soutien que peuvent fournir des familles d'accueil spécialisées.

La prise en charge par une famille d'accueil peut ne pas convenir quand :

- Le placement est contre la volonté de l'enfant ou si l'enfant doit être séparé de ses frères et sœurs dans le cas de placement dans une famille d'accueil ;
- L'enfant peut être soutenu pour rester avec sa famille biologique ou avec des membres de la famille élargie ;
- La famille d'accueil n'a pas les compétences, aptitudes ou ne reçoit pas la supervision nécessaire pour pouvoir assurer la prise en charge, les soins nécessaires et la protection de l'enfant ;
- L'enfant nécessite des services spécialisés ou un haut niveau de soutien qu'une famille d'accueil ne peut pas fournir mais qui peuvent être apportés dans un centre de soins résidentiel spécialisé ou thérapeutique ;
- L'enfant est assez âgé et capable de vivre indépendamment avec un peu de soutien, ou la jeune personne préfère la vie autonome.

Pour que la prise en charge par une famille d'accueil puisse assurer la protection de l'enfant, une bonne qualité de soins est requise, y compris : des services de travail social ; une famille d'accueil sélectionnée suivant des critères de sélection, et formée ; une bonne planification des soins et de la supervision du placement. Dans le cas de la prise en charge formalisée par une famille d'accueil, les tuteurs sont approuvés et formés pour fournir des

soins de placement en famille d'accueil. Pour assurer la qualité des services de prise en charge par une famille d'accueil, des éléments importants à prendre en considération sont

- Des liens avec les services de soutien à la famille, la recherche des familles, la réintégration et la planification visant la permanence
- Le recrutement efficace et l'évaluation des tuteurs dans les familles d'accueil
- La recherche de familles d'accueil répondant aux besoins de l'enfant
- La formation, le soutien, la supervision et le mentorat des tuteurs et travailleurs sociaux
- Des services de soutien holistique pour les enfants placés dans une famille d'accueil et pour les tuteurs dans cette famille
- Le suivi continu et l'évaluation des placements en famille d'accueil
- Le soutien aux enfants et jeunes adultes quittant la famille d'accueil

Des programmes formels de prise en charge par une famille d'accueil nécessitent un engagement de travailleurs sociaux pour : l'analyse des besoins de l'enfant ; l'évaluation de l'adulte comme tuteur de famille d'accueil ; le soutien continu au tuteur et à l'enfant dans la famille d'accueil ; la prise de décisions sur le placement permanent de l'enfant.

Pour en savoir plus sur la prise en charge dans une famille d'accueil, consultez : Assemblée Générale des Nations Unies (24 février 2010) Lignes directrices relatives à la protection de remplacement pour les enfants. A/RES/64/142*
<https://www.unicef.org/protection/files/100426-UNGuidelines-French.pdf>

Et Cantwell, N.; Davidson, J.; Elsley, S.; Milligan, I.; Quinn, N. (2012). En marche vers la mise en œuvre des « Lignes directrices relatives à la protection de remplacement pour les enfants ». UNICEF et CELCIS <http://www.alternativecareguidelines.org/Portals/46/Moving-forward/En-marche-vers-la-mise-des-lignes-directrices-relatives-a-la-protection-V2.pdf>

LE PLACEMENT EN INSTITUTION

Tout travailleur social doit se familiariser avec :

- Les normes et standards de prise en charge des enfants vulnérables, juillet 2014
- Le guide des prestataires de prise en charge des enfants en situation difficile, septembre 2014

Ceux-ci fournissent plus de détails sur ce qui peut ou ne peut pas être fait pour garantir la protection et la sécurité des enfants.

Voici quelques extraits du Guide des prestataires : Quand l'enfant est pris en charge par un centre d'accueil

CE QU'IL FAUT SAVOIR

- La durée d'hébergement dans un centre est fixée à un maximum de six mois, sauf cas exceptionnel.
- Dès l'arrivée de l'enfant au centre, il faut chercher à lui faire retrouver une vie en famille (la sienne, ou en famille d'accueil).
- La prise en charge de l'enfant doit être toujours considérée comme une alternative momentanée aux défaillances de la famille (restreinte ou élargie). Elle a pour objectif de restaurer la sécurité, le bien-être et le développement complet et harmonieux de l'enfant, en attendant qu'une solution permanente et durable (réinsertion familiale) puisse intervenir. La structure doit respecter les normes de qualité dans le processus de prise en charge éventuelle, tout en essayant de réunifier l'enfant avec sa famille.

- Faire la recherche des familles coûte très cher. Et souvent, on n'a pas le résultat attendu. Plusieurs prestataires aimeraient bien faire ces recherches mais ils sont découragés et, souvent, ils laissent tomber. Mais, **on doit forcément aider un enfant à retrouver sa famille, ses origines, son histoire.** C'est son droit absolu. C'est la loi qui l'exige au regard des principes de protection de l'enfant.
- La structure d'hébergement peut appartenir à l'État, à une association ou à une personne physique (un individu). **Pour garder des enfants, le chef du centre doit avoir une autorisation du MINAS.** L'adresse doit être claire et bien connue. Les documents du centre expliquent ce qu'on y fait pour les enfants et on doit pouvoir constater que les enfants sont bien traités. Un centre d'hébergement qui ne suit pas les règles doit être fermé par les autorités.
- L'enfant change avec l'âge et ses besoins changent aussi. Il faut donc avoir une bonne connaissance du développement psycho-affectif de l'enfant ainsi que de ses changements physiologiques pour savoir quand l'enfant a besoin de beaucoup de sommeil, quand il doit beaucoup manger, quand et comment le stimuler, combien de fois il a besoin de jouer, etc.
- Chaque enfant est unique, de par sa situation, ses expériences et sa personnalité. **Une structure d'hébergement doit en tenir compte et élaborer pour chaque enfant un document appelé « projet de vie de l'enfant ».** Ce document retrace les actions qui seront menées au profit de l'enfant, de ses parents et de son environnement, le rôle des parents et des éducateurs, les objectifs visés et les délais de la mise en œuvre de chaque action en vue de sa protection totale.
- **Il faut toujours voir si les procédures ont été respectées et si les actions sont réalisées comme on avait prévu de les faire.** Se demander ce qui a bien marché, ce qui n'a pas bien marché, ce qu'il faut améliorer, ce qu'il ne faut plus faire et ce qu'il faut commencer à faire. Tant que son âge le permet, l'enfant doit être étroitement associé aux discussions concernant son projet de vie. Cela lui permet de bien comprendre chaque chose. L'intérêt visé étant de lui faire adopter de nouveaux comportements souhaités.

SUPPORT DE FORMATION 4E : L'IMPORTANCE DE PREVENIR UNE ADMISSION A LA PROTECTION DE REEMPLACEMENT NON JUSTIFIEE

Le contenu de ce support de formation est tiré et adapté Republic of Indonesia / UNICEF. 2016, draft. Professional social work training: para-social worker training, module 2 et CELCIS/Université de Strathclyde. Garantir une prise en charge adéquate pour tous les enfants. Online training course en anglais, français et espagnol.

<http://www.alternativecaremooc.com/index.php/fr/>

Il existe de nombreuses causes expliquant le fait que des enfants de divers pays sont placés sous protection de remplacement.

Remplir les obligations énoncées par les lois de la RDC et mettre en œuvre les Lignes directrices requiert de **lutter contre les nombreux facteurs de séparation des familles**.

Cela implique de résoudre les problèmes liés :

- À la pauvreté
- À l'absence d'accès aux services de base tels que la sécurité sociale, la santé et l'éducation, le logement ou encore l'emploi.

Cela implique également de lutter contre la discrimination et la marginalisation en raison de l'ethnie, du sexe, d'un handicap ou du statut à la naissance et du VIH ou du SIDA.

Cela signifie qu'il faut faire tout ce qui est possible pour que les enfants restent au sein de leur famille dans des conditions propices.

Il est cependant important que les principaux efforts en matière de prévention soient déployés en élaboration des approches qui renforcent l'unité des familles, en accord avec le contexte économique et socio-culturel et en gardant à l'esprit le meilleur intérêt de l'enfant.

LA PREVENTION PRIMAIRE

Il faut donner aux parents les moyens de prendre soin de leurs enfants afin que les familles restent unies.

Cela passe par la fourniture de services de base auxquels tout le monde dans la communauté doit avoir accès selon ses besoins, sans discrimination et en conformité avec les droits humains.

Ces services dits « universels » comprennent :

- L'éducation
- La santé et la couverture médicale
- La sécurité sociale et
- Le système judiciaire.

Il existe également un besoin reconnu de services spécialisés pour les familles et les enfants particulièrement vulnérables. Ceux-ci sont les programmes d'aide aux jeunes mères célibataires ou aux familles dont le chef n'est pas majeur, ainsi que les projets visant à la prévention de l'exploitation des enfants, comme, par exemple, la lutte contre la traite des enfants.

Des services et des systèmes complets de protection de l'enfance doivent être mis en place, au niveau local et national, afin de travailler avec les enfants lorsqu'ils sont exposés

à de graves dangers en conséquence de leur exploitation ou d'autres formes d'abus et de négligence.

Le programme Sinovuyo de parentalité positive est un programme apportant un soutien aux enfants vulnérables par des stratégies de renforcement familial. Un tel programme est soutenu par le projet 4Children et CRS à Kinshasa.

LA PREVENTION SECONDAIRE

La prévention de niveau secondaire est conçue pour fonctionner comme un filet de sûreté là où, pour une quelconque raison, les mesures de prévention de niveau primaire se sont révélées insuffisantes. La prévention secondaire consiste **à fournir des aides ciblées à des individus et à des familles** (et parfois à des groupes) **identifiés comme particulièrement vulnérables**. Les enfants concernés comprennent les enfants susceptibles d'être confiés à un tiers et ceux dont on doit éventuellement envisager le retrait du foyer parental en vue de les protéger.

Exemples d'aides fournies :

- Des groupes de soutien aux parents qui les aident à faire face à la situation à l'origine de leur vulnérabilité et à assumer les responsabilités et les défis liés à la parentalité ;
- Le placement ponctuel pour les familles comprenant un enfant ayant des besoins spécifiques. Ces placements temporaires et de courte durée (par exemple, une semaine) s'adressent aux familles dont un parent ou l'enfant souffre d'un handicap sévère et nécessite des soins 24h sur 24 ;
- Les programmes de visites à domicile qui fournissent soutien et assistance aux femmes enceintes et aux nouvelles mères ;
- Les centres de ressources familiales, qui offrent des informations et des services de référence aux familles vivant dans les quartiers à faibles revenus ;
- Les programmes d'aides ciblées sur les parents souffrant d'un problème spécifique tel que l'abus d'alcool ou la toxicomanie.

PREVENTION TERTIAIRE

Les mesures de prévention primaire et secondaire ne sont pas toujours suffisantes à elles seules et certains enfants ont en conséquence besoin d'une protection de remplacement.

Les mesures tertiaires impliquent un travail continu avec les travailleurs sociaux et la famille, à la fois pendant et après le placement et ce travail vise essentiellement à faire revenir l'enfant dans sa famille dans des circonstances adéquates et durables. En ce sens, il s'agit de prévenir une nouvelle séparation de la famille après le retour de l'enfant et donc d'éliminer autant que possible toute nécessité d'un nouveau placement pour l'enfant.

- L'approche tertiaire signifie la réintégration, à chaque fois que cela est possible, de l'enfant dans sa famille dans des conditions qui permettent son retour et qui sont suffisamment stables pour qu'on n'ait pas besoin de recourir de nouveau à la protection de remplacement.
- La prévention tertiaire doit être au centre des préoccupations dès le moment où un enfant est placé sous protection de remplacement.
- Un plan de réintégration doit donc prendre en compte les conditions à remplir pour que la réintégration puisse avoir lieu et assigner aux divers acteurs la responsabilité des diverses mesures à prendre pour que cette réintégration ait lieu.

- L'un des éléments clés de la prévention tertiaire est la reconnaissance que la réintégration au sein de la famille n'est pas le simple retour physique de l'enfant dans sa famille. Il s'agit bien plus d'un processus qui prépare cette réintégration et qui se prolonge autant qu'il est nécessaire après le retour de l'enfant.

MESSAGES CLES DES POLITIQUES DE LA RDC QUI TOUCHENT A LA PREVENTION DE LA MALTRAITANCE DE L'ENFANT

Les principales interventions de prévention apportée par des travailleurs sociaux comprennent :

- **Les systèmes d'alerte** précoce dans les quartiers. Ce système doit se baser sur des personnes (bénévoles) sensibilisées sur les droits de l'enfant et avec qui on a convenu de ce qu'il faut faire si un ménage se trouve en difficulté avec son enfant. Si l'alerte est donnée très tôt, il y a beaucoup de chances que la situation se règle vite. Mais si on réagit trop tard, ce n'est pas bon. Donc il faut rester vigilant et bien observer les enfants et leur réaction, surtout si des problèmes existaient déjà dans la famille en question.
- **Sensibilisation des familles et des communautés** : Il est important au sein d'une famille, d'entretenir le dialogue et de vivre dans une confiance réciproque. Pour cela, les prestataires **doivent souvent faire des causeries dans les quartiers pour permettre aux parents de discuter de la manière de vivre avec les enfants afin d'éviter l'arrivée des conflits et des séparations**. Au cours des causeries, des témoignages peuvent aider à identifier les enfants en difficulté ou en rupture familiale.

Les causeries doivent porter sur des thèmes liés à la protection de l'enfant et sur les dangers qui les guettent, surtout lorsqu'ils sont livrés à eux-mêmes. Il s'agit de voir avec les parents comment ils doivent jouer leur rôle d'éducateurs et de protecteurs des enfants et avoir une famille unie.

Pour faire ce travail, les prestataires doivent se documenter sur les sujets relatifs aux conflits entre parents et enfants et sur la manière d'éviter ces conflits ou bien de les gérer pour ne pas voir les séparations arriver.

- **Sensibilisation des autorités** : Les travailleurs sociaux doivent sensibiliser les agents de police ou de gendarmerie, les agents municipaux, les agents judiciaires, les enseignants et les agents de santé travaillant dans la communauté aux règles à suivre par rapport à l'enfant. Ils doivent être encouragés à répéter les séances de sensibilisation pour leurs collègues et pour les personnes qui viennent dans leur service.

SUPPORT DE FORMATION 4F : CONSIDERATIONS POUR LA PRISE EN CHARGE DE REMPLACEMENT PROPRES A L'ÂGE DE L'ENFANT¹⁰

ÂGE	RECOMMANDATIONS
0-3 ans	<p>En dessous de l'âge de trois ans, les enfants doivent être placés dans un cadre de prise en charge familiale (la parenté/famille élargie ou une famille d'accueil, avec des personnes capables de s'occuper d'un enfant de cet âge-là) et de préférence pas dans une institution de prise en charge résidentielle, pour favoriser des relations de prise en charge individualisées et stables – suivant les conseils des lignes directrices des Nations Unies pour la fourniture d'une protection et de soins de remplacement aux enfants privés de soins parentaux. Dans le cas où la réintégration avec la famille biologique n'est pas possible, il est recommandé de considérer l'adoption nationale (après avoir pris en compte toutes les options de prévention de la séparation familiale et de réintégration)).</p> <p>à cet âge-là, les enfants séparés de leurs parents biologiques sont particulièrement menacés par l'anxiété. Dans le cas de prise en charge par la parenté ou par une famille d'accueil, et si c'est dans le meilleur intérêt de l'enfant, les tuteurs doivent chercher à établir des liens d'attachement forts entre l'enfant et sa famille biologique, avec des visites fréquentes et prolongés avec les parents biologiques – plus qu'une fois par semaine, pour plusieurs heures à la fois, y compris des activités de soins.</p> <p>L'enfant devrait vivre prêt de ses parents biologiques ou des membres de sa famille élargie. De telles actions aideront à faciliter la réintégration familiale.</p> <p>Lorsqu'un enfant est dans une situation de prise en charge de remplacement, des spécialistes en matière de développement de la petite enfance devront être intégralement engagés dans la planification des soins et du soutien à l'enfant.</p>
4-6 ans	<p>A l'âge de quatre à six ans, les enfants placés depuis plusieurs années dans une option de prise en charge de remplacement sont plus susceptibles d'être adaptés à leur situation. L'enfant peut être en mesure de maintenir une connexion avec ses parents par des visites moins fréquentes, surtout si ces visites sont complétées par des appels téléphoniques et des lettres. Le contact continu et l'attachement fort restent fortement recommandés pour le bon développement et les résultats comportementaux de l'enfant à long-terme.</p> <p>L'éducation et des activités de récréation doivent faire partie de la planification de la prise en charge de l'enfant.</p>
7-10 ans	<p>Les besoins de l'enfant pour la prise en charge et le soutien social sont les mêmes que pour l'enfant à l'âge de quatre à six ans. Si l'enfant n'a pas de contacts avec ses parents biologiques, le travailleur social devra essayer de faciliter cette connexion.</p> <p>A l'âge de sept à dix ans, l'enfant peut déjà avoir vécu plusieurs expériences de placements, une rupture de placement ou des perturbations fréquentes des arrangements de prise en charge. Les soignants et tuteurs doivent être conscients des implications possibles sur le développement de l'enfant, son comportement et sa relation avec son tuteur. Les soignants et tuteurs doivent offrir à l'enfant des soins sûrs et attentifs et une stabilité de placement.</p> <p>L'enfant peut – par ces expériences - exprimer un intérêt à être prise en charge en dehors d'un cadre familial, dans un groupe d'accueil.</p>

¹⁰ Ministry of Health and Social Welfare. (2014). *Guidelines for Kinship Care, Foster Care and Supported Independent Living in Liberia*. Government of Liberia. Consulté à l'adresse <http://bettercarenetwork.org/sites/default/files/attachments/Guidelines%20for%20Kinship%20Care%2C%20Foster%20Care%2C%20and%20Supported%20Independent%20Living%20in%20Liberia.pdf>.

ÂGE	RECOMMANDATIONS
	<p>L'enfant a besoin d'éducation, d'apprendre des compétences sociales et d'activités de récréation.</p> <p>Si l'enfant est placé dans le cadre d'un groupe d'accueil, ou dans la parenté, ou dans une famille d'accueil avec d'autres enfants, les dispositions concernant l'hébergement doivent séparer les enfants selon le sexe et assurer une supervision correspondante.</p>
11-14 ans	<p>Les besoins de l'enfant pour la prise en charge et le soutien social restent les mêmes que pour l'enfant à l'âge de quatre à six ans. Les questions d'expériences de placements multiples et des intérêts possibles pour une prise en charge dans un groupe d'accueil sont les mêmes que pour les enfants de l'âge de sept à dix ans. Les besoins d'éducation et d'activités de récréation sont aussi les mêmes que pour les enfants de 7 à 10 ans, ainsi que les questions d'hébergement sexo-spécifiques.</p> <p>L'enfant a besoin d'apprendre des compétences de base, spécifiquement en termes des questions de santé sexuelle et reproductive.</p>
15-18 ans (et les plus âgés)	<p>Les besoins de l'enfant pour la prise en charge et le soutien social restent les mêmes que pour l'enfant à l'âge de quatre à six ans. Les questions d'expériences de placements multiples et des intérêts possibles pour une prise en charge dans un groupe d'accueil sont les mêmes que pour les enfants de l'âge de sept à dix ans. Les questions d'hébergement sexo-spécifiques sont aussi les mêmes que pour les enfants de 7 à 10 ans. Les besoins d'éducation, d'activités de récréation et d'apprendre des compétences de base, surtout en termes des questions de santé sexuelle et reproductive, sont similaires que ceux des enfants de 11 à 14 ans.</p> <p>L'enfant a besoin d'apprendre des compétences sociales et de base qui l'aident à se préparer à son départ du cadre de protection de remplacement. A cet âge, les compétences fondamentalement importantes à apprendre sont en matière de santé sexuelle et reproductive, de modes de vie sains, et de budgétisation et de comptabilité ménagère.</p>

SUPPORT DE FORMATION 5A : LE PROCESSUS D'IDENTIFICATION DES ENFANTS A RISQUE DE MALTRAITANCE OU DE SEPARATION FAMILIALE ET LA GESTION DE CAS

Étapes principales de la gestion de cas par les travailleurs sociaux pour la protection de l'enfant¹¹

Il est important d'avoir un ensemble clair de procédures pour aider les enfants et/ou les familles qui ont besoin d'un soutien spécialisé des travailleurs sociaux.

Les travailleurs sociaux en RDC doivent suivre toutes les actions énoncées dans la LPE et les conseils sur la prise en charge des enfants vulnérables, comme indiqué dans d'autres sections de ce cours.

Un processus clair de gestion de cas, avec des outils standard, permet à toutes les personnes qui soutiennent un enfant de s'assurer que l'enfant est suivi depuis le début jusqu'à la fin du projet.

Les étapes principales sont les suivantes :

1. Identifier
2. Accueillir/Inscrire
3. Évaluer
4. Élaborer/Actualiser un plan de prise en charge
5. Mettre en œuvre le plan de prise en charge
6. Suivre la mise en œuvre du plan de prise en charge et évaluer les progrès
7. Clôturer le plan de prise en charge, suite à sa réalisation, son transfert ou sa détérioration

Quand on découvre un motif de préoccupation, la prise en charge de l'enfant suit le processus du cycle de gestion de cas, étape par étape :

A. Identifier

Identifier les vulnérabilités et les besoins de l'enfant¹²

Pourquoi identifier les besoins ?

- Au plus vous découvrez/connaissez, au mieux vous allez probablement trouver la bonne solution aux problèmes ;
- Dans l'identification (évaluation) de la vulnérabilité de l'enfant et du ménage, il ne s'agit pas seulement de déterminer quels sont des problèmes, mais aussi de savoir dans quelles circonstances/comment le ménage y fait face, de voir quels sont les forces et atouts que l'enfant et la famille peuvent puiser en eux, et d'identifier leurs préférences ;
- L'évaluation des besoins constitue la base pour le développement d'un plan de soutien pour l'enfant et la famille ;
 - L'évaluation des besoins nous permet de savoir si l'enfant a un besoin urgent de soutien sanitaire ou de protection et quels besoins de soutien à long terme d'autres personnes pourront lui apporter.

¹¹ Adapté de : Ministry of Public Service, Labour and Social Welfare. (2015). *Operations Manual for the National Case Management System for Welfare and Protection of Children in Zimbabwe*. Government of Zimbabwe.

¹² L'information présentée dans ces supports de formation est prise de l'Annexe 5 du Protocole National de Référence et Contre-Référence, MINAS novembre 2016, et était originalement adaptée du manuel : Tanzania Mainland Child Protection Training Manual, développé par l'UNICEF pour le Child Protection Unit, Department of Social Welfare, Ministry of Empowerment, Social Welfare, Youth, Women and Children.

LES PRINCIPES SOUS-TENDANT L'ÉVALUATION DES BESOINS

- Sont centrés sur l'enfant – les besoins de l'enfant sont l'enjeu central (mais n'oubliez pas que souvent la meilleure réponse aux besoins d'un enfant est de soutenir ses parents ou tuteurs) ;
- Sont enracinés dans le développement de l'enfant – appropriés à l'âge et au développement de l'enfant ;
- Impliquent de travailler avec l'enfant et la famille ;
- Visualisent l'enfant dans un système plus large (les 'cercles' du diagramme socio-écologique) ;
- Garantissent l'égalité (ne désavantagent pas à cause des caractéristiques des enfants vulnérables – par exemple, un handicap ou le statut VIH. L'évaluation des besoins doit tenir compte de ces différences et prendre des dispositions pour que le processus d'évaluation n'exclue pas l'enfant et ne le place pas dans une situation défavorable) ;
- Misent sur les forces et les capacités d'un côté, et identifient aussi les difficultés de l'autre ;
- Réunissent des personnes différentes pour apporter un soutien ;
- Consistent en un processus continu, et non pas en un seul évènement ;
- Sont fondés sur des connaissances indiscutables.

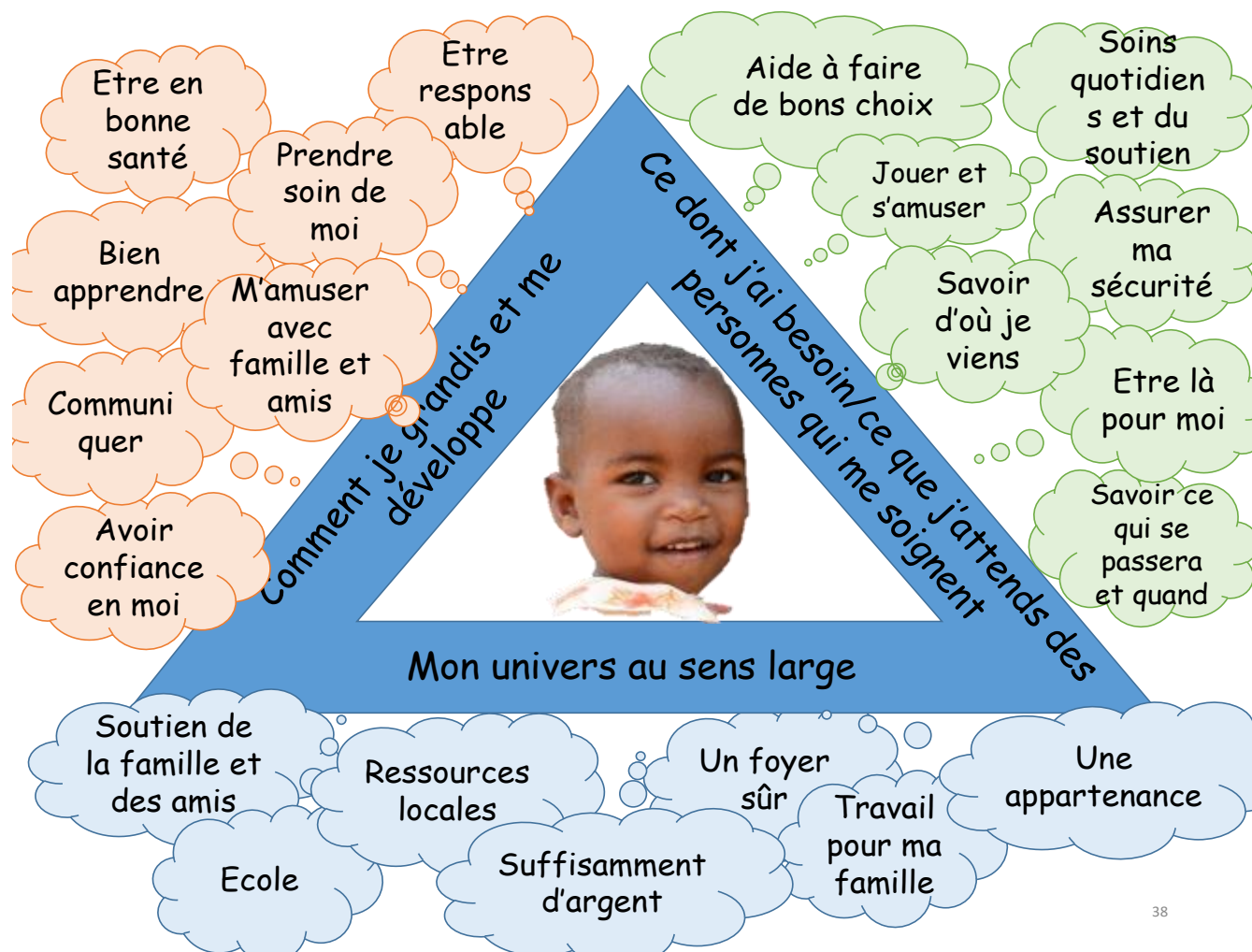
LES REGLES D'OR DE L'ÉVALUATION

- Parler avec l'enfant, l'écouter et l'observer (ce qui veut dire réellement voir l'enfant !) en appliquant vos connaissances des stades de développement de l'enfant – voir Support de formation 1b : Les âges et stades de développement des enfants;
- Parler avec les parents et toute autre personne impliquée dans les soins de l'enfant et les écouter ;
- Rechercher les informations et les avis d'autres professionnels qui pourraient connaître l'enfant ;
- Dans la mesure du possible, inclure les volontés et les ressentis de l'enfant dans l'évaluation.

IL EST VRAIMENT TRÈS IMPORTANT DE DEMANDER

- Est-ce que l'enfant a besoin de soins ?
- Quels genres de besoins l'enfant a-t-il ? et quel est le degré d'urgence ?
- L'enfant peut-il facilement être soutenu dans la famille ?
- VOUS DEVEZ VOIR L'ENFANT.

LE TRIANGLE « MON UNIVERS »¹³



38

¹³ Ce triangle a été développé suite à l'initiative du gouvernement écossais 'Ministry of Public Service, Labour and Social Welfare. (2015). *Operations Manual for the National Case Management System for Welfare and Protection of Children in Zimbabwe* (p. Getting It Right for Every Child). Harare: Government of Zimbabwe.

B. Accueillir/Inscrire

Un travailleur social doit prendre une décision très rapidement pour déterminer si un enfant a besoin ou non d'une gestion de cas et dans quel cas l'enfant ou la famille doit être inscrit/accueilli. L'inscription implique généralement une évaluation très rapide des risques pour déterminer si l'enfant ou d'autres membres de la famille ont besoin d'une action d'urgence immédiate. Cela peut être d'emmener un enfant à l'hôpital pour un traitement médical, de faire appel à la police pour éloigner un présumé coupable ou de placer un enfant ayant besoin d'un placement immédiat ou de sécurité.

Un formulaire d'admission doit reprendre le nom et les détails du cas et enregistrer s'il y a ou non besoin d'admission. Tous les enfants identifiés et référés n'ont pas besoin d'une gestion de cas. A ce stade, un travailleur social devra aussi référer vers d'autres services de soutien comme les groupes communautaires qui fournissent un renforcement familial.

Si le travailleur social décide que l'enfant ou la famille a besoin d'un appui à la gestion de cas, il doit noter la(les) raison(s) principale(s) d'admission. Un travailleur social doit noter toutes les catégories de motifs qui s'appliquent. Celles-ci comprennent :

- La violence sexuelle
- La violence physique
- L'abandon/ la négligence grave
- Les enfants vivant et travaillant dans les rues
- Un besoin de protection de remplacement
- Des besoins alimentaires d'urgence
- Un besoin de traitement d'urgence, y compris le référencement VIH

Le travailleur social devra ensuite noter l'action :

- Action d'urgence prise (laquelle)
- Il n'y a pas besoin d'action d'urgence, mais une évaluation plus détaillée est nécessaire pour déterminer les besoins de l'enfant.
 - Aucune nouvelle mesure ne s'impose.

Quand on a noté toute action suggérée, l'enfant et la famille doivent être clairement informés de la décision prise et de ce qui se passera ensuite.

C. Évaluer la situation : les besoins ainsi que les atouts

Ce support d'information comprend certains outils d'évaluation qui existent actuellement.

Il n'y a pas à ce jour d'outil d'évaluation recommandé au niveau national.

Les travailleurs sociaux qui travaillent avec les ONG ont leurs propres outils d'évaluation au sein de leur organisation qui seront remplis en suivant des techniques similaires.

Pour tous les outils, n'oubliez pas de :

- Vous assurer d'avoir reçu la permission d'un adulte du ménage ou de l'enfant pour prendre des notes écrites sur les informations données
- Garder ces informations confidentielles
- Vérifier que vous avez compris les réponses données par les personnes, les répéter ou les résumer si nécessaire
- En évaluant, prenez en compte le développement de l'enfant selon l'âge, et vérifiez si le comportement de l'enfant est conforme aux normes de son âge, n'oubliant pas que chaque enfant développe selon son propre rythme.

Une évaluation complète est réalisée après qu'un enfant ou une famille a été identifié(e) comme ayant éventuellement besoin d'appui supplémentaire. Cela se fait pour tous les enfants et les familles qui ont bénéficié d'une action d'urgence et pour qui un dossier de cas a été rempli.

Évaluer signifie récolter des informations qui décrivent de manière précise les forces et les défis de l'enfant et de la famille. L'évaluation recueille plus d'informations sur les raisons de l'admission et réunit aussi plus d'informations sur les besoins de base de l'enfant.

Une évaluation doit recueillir des renseignements auprès du plus grand nombre possible de personnes en sus de l'enfant et la famille, comme des enseignants, des chefs de la communauté ou d'autres organismes (éducation, santé, etc.) et des voisins.

Cela risque d'exiger plusieurs rencontres et il est essentiel de laisser de l'espace à l'enfant pour qu'il communique ses propres informations. Idéalement, cela devrait être réalisé seul avec l'enfant, quand il est en âge de le faire.

D. Développer un plan de prise en charge et l'actualiser

Un plan de prise en charge détaille :

- Les besoins qui ont été identifiés ;
- Les stratégies pour répondre aux besoins identifiés ;
- Les actions pour répondre à ces besoins ;
- Plus précisément qui est responsable de faire quoi et pour quand et
- Comment l'enfant sera protégé contre de nouveaux risques durant cette procédure.

Un bon plan de prise en charge doit :

- Se concentrer sur la sécurité et le développement de l'enfant, même si des services peuvent être fournis à certains membres de la famille dans le cadre de ce plan ;
- Être conçu avec l'enfant et les membres de la famille concernés ;
- Répondre aux besoins immédiats et à plus long terme de l'enfant, avec des changements spécifiques, mesurables et réalisables, accompagnés d'échéances spécifiques à chacun ;
- Identifier toutes les ressources, les personnes et les organisations qui joueront un rôle pour répondre aux besoins ;
- Clairement identifier qui sera responsable de quoi et pour quand ;
- Préciser les procédures de suivi et d'évaluation, afin que les progrès ou l'absence de progrès puissent être évalués en cours de route ;
- Être énoncé dans des termes où les déclarations de changements nécessaires sont clairement observables, de sorte qu'il soit possible de déterminer quand les objectifs sont atteints et quand un cas peut être clôturé.

LES PRINCIPES FONDAMENTAUX DE LA PLANIFICATION D'UNE PRISE EN CHARGE

La planification d'une prise en charge est le processus de :

- Mesurer les problèmes qui ont été identifiés lors de l'évaluation et
- Se fixer des objectifs pour réaliser les changements nécessaires.

Un plan de prise en charge peut comprendre des objectifs pour l'enfant et pour les autres membres de la famille.

Les rôles, les responsabilités et les échéances doivent être clairement définis dans les actions à entreprendre.

L'enfant et les membres de la famille/tuteurs de confiance au besoin, devront contribuer aux objectifs proposés et les accepter. Si un enfant est trop jeune pour pouvoir s'exprimer verbalement (pouvoir parler), il reste important de vérifier si l'enfant semble content et heureux avec les décisions prises.

Il peut être utile de commencer par des petits objectifs faciles à réaliser, plutôt qu'avec les objectifs ultimes. Par exemple, commencer par 'la mère assistera à au moins dix sections animées par le groupe de soutien parental local géré par l'organisation communautaire X', plutôt que de dire 'la mère arrêtera d'insulter son enfant'.

Développer un plan de prise en charge nécessite l'implication **d'autres acteurs importants** qui peuvent apporter le soutien et les interventions nécessaires. Ceci sera fait soit en référant l'enfant et sa famille vers d'autres services, soit en organisant une rencontre de groupe avec tous les partenaires - aussi appelée conférence de cas ou conférence de famille. Une conférence de cas ou familiale est une rencontre dirigée par un travailleur social qualifié où la personne concernée (le client) est présente ainsi que des prestataires de services, et a lieu quand l'enfant ou la famille ont quelques idées sur leurs besoins et les solutions possibles mais ont besoin de la contribution de prestataires d'autres services. Les PTS jouent un rôle important en apportant des renseignements de base, en soutenant l'enfant et sa famille et en assurant le suivi.

E. Conseils pour se fixer des objectifs

Commencez par mettre en évidence les forces qui ont été identifiées lors de

l'évaluation : Mettre en évidence les points forts qui peuvent aider l'enfant ou le parent/tuteur à se sentir plus capables de surmonter les problèmes. Une fois que le PTS a identifié certains points forts, l'enfant ou le parent/tuteur peuvent penser à d'autres.

Par exemple, au niveau individuel, une fille qui est exploitée au travail peut être en bonne santé, peut souhaiter retourner à l'école et y avoir bien réussi dans le passé.

Au niveau familial, un parent abusif peut aimer son enfant, travailler sans relâche pour rapporter de l'argent et faire vivre sa famille et peut être prêt à apprendre différentes façons de gérer la colère. Ou un père absent peut envoyer de l'argent et vraiment aimer ses enfants.

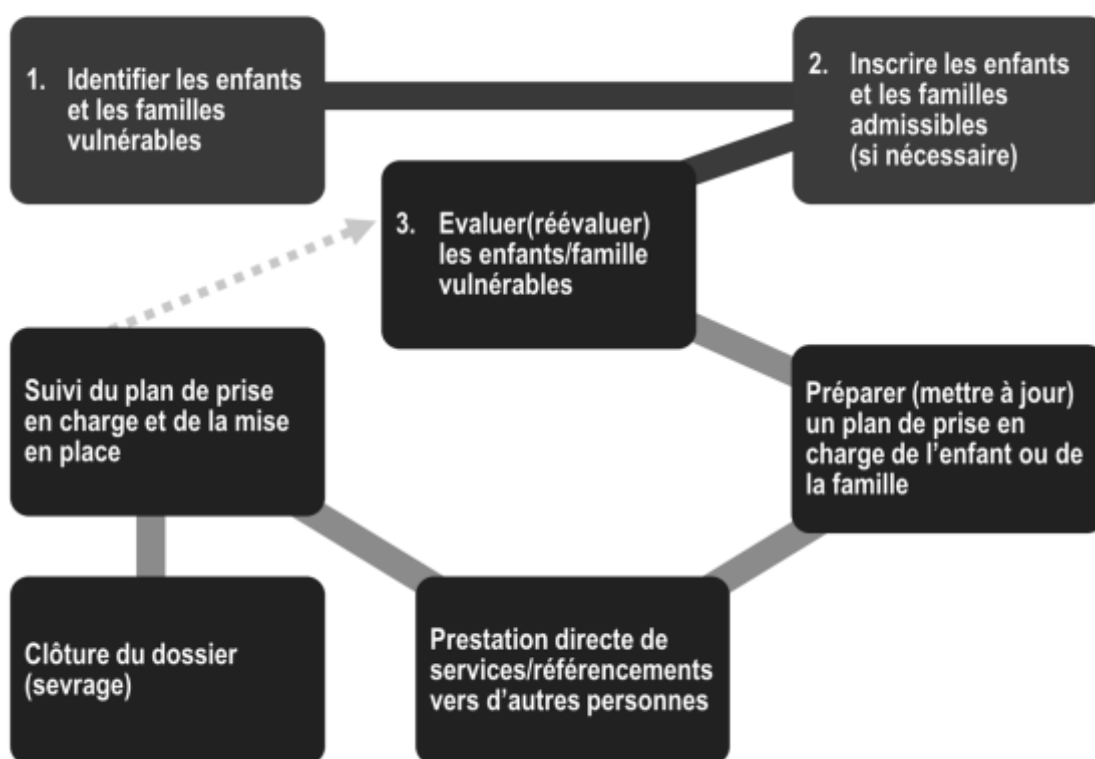
Au niveau communautaire, un comité actif de protection de l'enfant ou un chef traditionnel local qui soutiennent l'enfant peuvent être des atouts considérables pour l'enfant et sa famille. Peut-être encore un enseignant de l'école locale qui se préoccupe de l'enfant ou un service externe de soins médicaux.

- **Les objectifs** doivent être fixés en fonction des caractéristiques uniques de l'enfant ou de la famille et de ses goûts/préférences et aversions, ses besoins, ses forces, ses capacités et compétences. Par exemple, l'enfant A peut aimer jouer avec d'autres enfants et être très actif alors que l'enfant B peut préférer rester auprès de ses parents et jouer tranquillement.
- **Les objectifs doivent être proposés en premier lieu par l'enfant ou au parent /tuteur** : Il est important pour le client de se sentir 'propriétaire' du plan. Le client doit participer à l'élaboration de son propre plan autant que possible, selon son âge ou son niveau de développement. Le rôle du PTS est de donner des informations et d'aider l'enfant ou le parent/tuteur à trouver une solution. Ceci demande au PTS de faire confiance à l'enfant et au parent/tuteur et à leurs connaissances sur ce qui fonctionnera

pour eux, sauf s'il apparaît évident que le client ne possède pas un bon jugement. Si le PTS a le sentiment qu'il existe un risque dans les objectifs de l'enfant, il peut lui expliquer le pour et le contre des diverses options de manière compréhensible et il peut suggérer d'autres bonnes options et laisser le client choisir parmi celles-ci et ainsi, en fin de compte, le client se sent partie prenante du plan.

- **Les objectifs sont mesurables** : Un objectif mesurable est quelque chose qui peut être observé ou quantifié. En d'autres mots, les résultats peuvent être vus ou comptés. Ils doivent aussi être réalistes, étant donné les ressources locales. Il vaut peut-être mieux se fixer de petits buts et les atteindre rapidement, pour ensuite se fixer d'autres petits buts faciles à réaliser. Une telle suite d'expériences réussies peut encourager et motiver plus qu'un objectif difficile que l'on met du temps à atteindre.

LE PROCESSUS DE GESTION DE CAS (LES ÉTAPES DE PRISE EN CHARGE)



14

F. Mettre en œuvre le plan de prise en charge

Comme décrit ci-dessus, un plan de prise en charge est un plan d'actions pour réaliser des activités destinées à réduire les risques liés à la protection de l'enfant, immédiats et à long terme et renforcer les forces et les acquis de l'enfant et de sa famille jusqu'à ce qu'ils n'aient plus besoin de l'aide du service social et puissent continuer à gérer leur développement vers un état de bien-être et d'épanouissement et mène par ce fait à la clôture du plan de gestion de cas.

Comme c'est le cas pour la préparation du plan, un enfant qui est assez grand pour pouvoir participer doit être impliqué à chaque étape de la mise en œuvre du plan de prise en charge.

Les actions doivent définir des étapes simples et réalisables qui mènent au but ultime mais peuvent être gérées facilement.

Le plan de prise en charge doit s'appuyer sur des ressources et des personnes formelles et informelles.

Les plans de prise en charge doivent être signés et le consentement doit être requis pour les actions à prendre. Cela comprend le consentement pour procéder à un référencement.

La réalisation des actions décrites dans le plan doit être datée.

Les référencements sont une partie essentielle de la mise en œuvre d'un plan de prise en charge et doivent suivre les outils de référencement et de contre-référencement nationaux.

G. Suivre la mise en œuvre du plan de prise en charge et évaluer les progrès

Un travailleur social notera la fréquence à laquelle un suivi est nécessaire et documentera les progrès au fil du temps. Cela signifie documenter le suivi, noter les mesures permanentes qui sont nécessaires. Cela nécessitera des réunions informelles en continu, mais aussi la tenue de réunions occasionnelles d'examen de suivi.

Une révision formelle, qui doit avoir lieu au moins tous les six mois, implique tous les acteurs clés et consistera à :

1. Examiner la première évaluation et le plan de prise en charge. Lire la description de l'enfant telle qu'indiquée dans l'évaluation ; est-ce que cela décrit toujours l'enfant et sa situation actuelle ? Y-a-t-il des changements observables, qu'il s'agisse de progrès ou de reculs ?
2. Étudier le plan d'action et l'actualiser.
3. Étudier tout événement et action mis à jour, en impliquant l'enfant et le parent ou tuteur, et décider si le cas peut être clôturé maintenant (dans ce cas, passer à l'étape suivante) ou actualiser le plan de prise en charge et continuer sa mise en œuvre et son suivi (dans ce cas, retour à l'étape 5).

H. Clôturer le plan de prise en charge, suite à sa réalisation, son transfert ou sa détérioration

Si un enfant ou une famille déménage ou que la situation change et qu'une personne autre qu'un travailleur social devient gestionnaire du cas, le cas peut être transféré. Dans le cas d'un enfant retournant à l'école mais nécessitant un soutien scolaire continu, un transfert peut être effectué vers une personne de l'école. Dans ce cas, la fermeture du cas devra être effectuée en tant que transfert et les dossiers pertinents au cas transférés.

Si un enfant est perdu pour le cas, suite à son décès ou à sa disparition, cela devra être noté précisément, tout comme les notes justificatives.

Un cas peut être clôturé en raison de sa réussite, après avoir posé les questions suivantes :

- L'enfant est-il en sécurité maintenant ?
- Les objectifs du plan de prise en charge ont-ils été atteints ?
- L'enfant a-t-il été informé des ressources disponibles au cas où une autre question ou un autre problème de protection de l'enfant surgirait ?
- Le gestionnaire du cas a-t-il agi dans le 'meilleur intérêt de l'enfant' ?
- Tous les efforts possibles ont-ils été faits pour aider l'enfant ?
- Que pouvons-nous apprendre de notre intervention auprès de cet enfant et/ou de sa famille ?

Les outils nécessaires pour mener ces actions de gestion de cas sont inclus dans les Supports de Formation 5b.

SUPPORT DE FORMATION 5B : LES OUTILS POUR LA GESTION DE CAS

1. Le bon d'orientation

Nom et prénom de l'enfant :

Adresse et téléphone du parent/tuteur (veuillez noter si c'est un cas de ménage sans adulte/ enfant chef de ménage) :

Date d'envoi :

Motif de l'envoi :

Communication avec l'enfant et les adultes concernés :

Est-ce que l'enfant sait que cet envoi se fait ? Oui Non Pas sûr
 Est-ce que le parent/tuteur sait que cet envoi se fait ? Oui Non Pas sûr
 Est-ce que le coupable présumé (s'il y en a un) sait que cet envoi se fait ?
 Oui Non Pas sûr

Est-ce que le cas nécessite une action urgente ? De la police, des services d'urgences médicaux, une intervention judiciaire, le retrait des enfants du milieu familial par le travailleur social ?

.....

Nom de la personne faisant l'envoi	Relation avec l'enfant	Adresse et numéro de téléphone de la personne faisant l'envoi

Signature de la personne faisant l'envoi :

A compléter par le travailleur social / police / personnel sanitaire :

Date de réception de l'envoi :

Signature de la personne recevant l'envoi :

Tampon officiel :

2. Le formulaire d'accueil ou d'inscription

Nom de l'enfant :			
Date de naissance de l'enfant :			
Vérifiez : une documentation de naissance existe _____ ou date estimée _____			
Adresse de l'enfant :			
Date du référencement :			
Raison du référencement : nature du problème, comment et pourquoi est-ce arrivé, est-ce que le problème implique de la violence ou de la maltraitance ?			
<input type="checkbox"/> Violence sexuelle <input type="checkbox"/> Violence physique <input type="checkbox"/> Abandon/négligence sévère <input type="checkbox"/> Enfant vivant et travaillant dans la rue		<input type="checkbox"/> Il y a un besoin de placement de remplacement <input type="checkbox"/> Besoin urgent de nutrition <input type="checkbox"/> Besoin urgent de traitement, y compris le référencement aux services VIH	
Nom et détails de la personne effectuant le référencement	Relation	Âge	Adresse et numéro de téléphone
Parents* ou tuteurs			
Père*/ Tuteur homme		Mère*/ Tuteur femme	
Nom		Nom	
Date de naissance/âge		Date de naissance/âge	
Profession		Profession	
Adresse		Adresse	
Téléphone		Téléphone	
En cas de décès ou d'abandon,		En cas de décès ou d'abandon,	

date de l'évènement		date de l'évènement							
Noms des frères et sœurs et autres membres clés de la famille ou autres	Relation	Âge	Adresse et numéro de téléphone						
Décision prise :	Raison de la décision								
Prise d'action d'urgence (noter les référencement y compris les détails des personnes impliquées)									
Prise d'action d'urgence, mais évaluation à faire									
Aucune action n'est nécessaire									
Personne qui remplit ce formulaire d'accueil :									
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 40%; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 30%; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 30%; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td>Nom</td> <td>Signature</td> <td>Date</td> </tr> </table>							Nom	Signature	Date
Nom	Signature	Date							
Cas attribué à (nom du travailleur para social/ travailleur social/assistant social/autre) :									
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 40%; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 30%; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 30%; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td>Nom</td> <td>Signature</td> <td>Date</td> </tr> </table>							Nom	Signature	Date
Nom	Signature	Date							

3. Évaluation de la situation et planification de la prise en charge

Cette évaluation permet de recueillir des renseignements importants sur l'enfant pour qu'on puisse identifier ses besoins et faire un plan pour répondre à ces besoins. On trouvera des informations détaillées sur la situation de l'enfant dans le formulaire d'accueil.

Nom de l'enfant :		Date de naissance :
Nom, profession et coordonnées de la personne qui fait l'évaluation :		
Date du référencement :		
Motif de référencement/de préoccupation sur la protection de l'enfant:		
Dates des visites à la maison de la famille de l'enfant ou des contacts avec la famille pour recueillir des informations pour l'évaluation		
Date & Heure	Détails sur la visite	Nom/Signature (de la personne principale interrogée)
Dates des contacts importants avec d'autres professionnels (santé/éducation, etc.) pour recueillir des informations pour l'évaluation		
Date & Heure	Détails sur la visite	Nom/Signature (de la personne principale interrogée)

Développement
L'enfant a-t-il atteint ses différentes étapes de développement ? Est-ce qu'il marche, parle, développe des aptitudes à l'autonomie adaptées à son âge ? Présente-il un développement cognitif approprié à son âge ?
Comportement
Le comportement de l'enfant est-il approprié ? Présente-il un comportement agressif ? Semble-t-il renfermé ? Présente-t-il des comportements à risque? Des changements de comportement importants récemment ?
Interactions sociales
Décrivez le monde social de l'enfant en dehors de la maison, par exemple, ses amis, ses relations avec les enseignants, le pasteur ou d'autres adultes non membres de la famille ; ses intérêts et ses activités. Des changements récents importants ?

Éducation
Décrivez les capacités d'apprentissage de l'enfant, ses performances, ses réalisations et tout domaine à développer.
Autres intervenants
Répertoriez le nom et le but de toute autre organisation déjà impliquée dans la prestation de services à l'enfant ou à la famille.
Commentaires de l'enfant sur l'évaluation. Utilisez les propres mots de l'enfant si nécessaire.
Conférence de cas: Oui _____ Non _____ Si oui, à quelle date : Noms des participants à la conférence de cas: Accords lors de la conférence de cas : 1) 2) 3) 4) 5)

4. Plan de prise en charge

Objectifs globaux du plan de prise en charge			
Quels sont les principaux objectifs pour l'enfant, par exemple, retourner chez lui dans sa famille biologique ; vivre avec des proches ; améliorer ses perspectives éducatives ; améliorer les soins de santé ; surmonter un traumatisme etc.			
Plan d'action pour atteindre les objectifs globaux			
Action	A quelle fréquence/ Quand	Personne responsable	Résultat attendu
Accord des parents/de la famille			
Nom	Signature	Date	
Accord du travailleur responsable du cas/du travailleur social			
Nom	Signature	Date	
Accord de l'enfant			
Nom	Signature	Date	
Date de la prochaine révision :			

5. Documentation des évènements et contacts importants

Nom de l'enfant :		
Date	Détails de l'évènement ou contact	Signature de la personne enregistrant

6. Outil pour la révision et mise à jour du plan de prise en charge

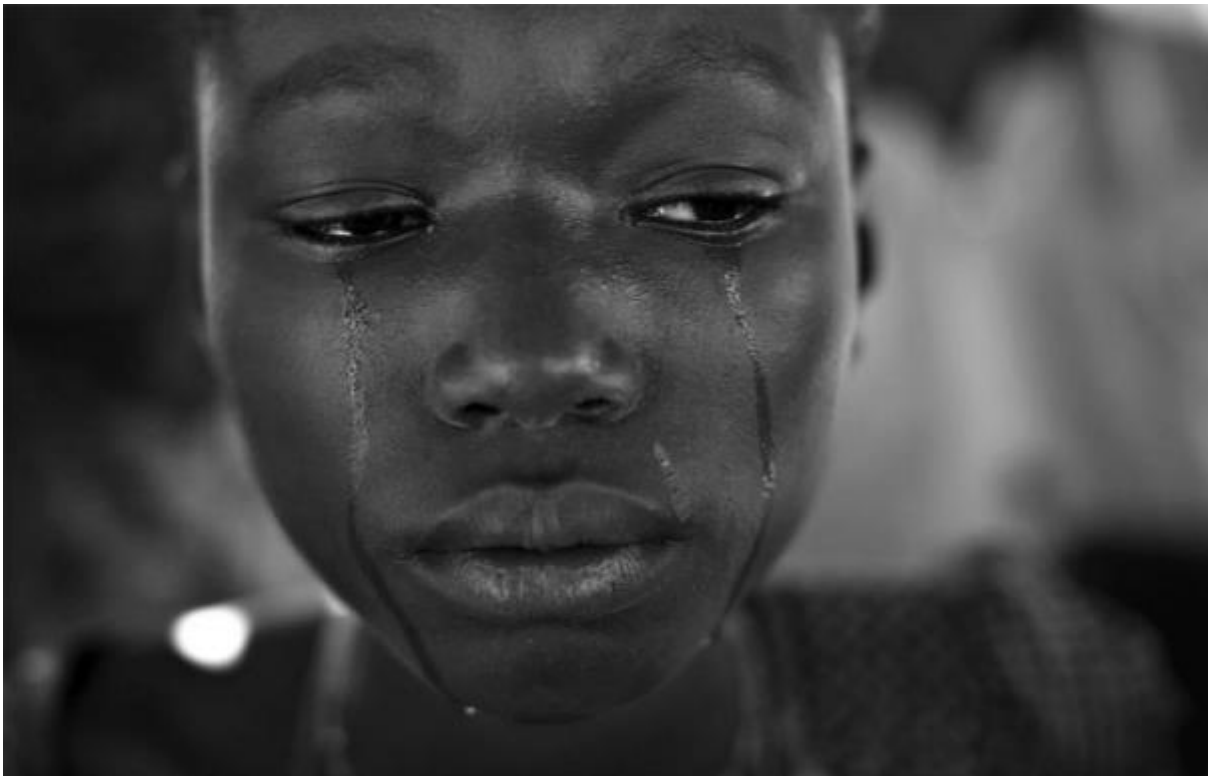
DATE DE LA RÉVISION et DE LA MISE A JOUR DU PLAN DE PRISE EN CHARGE :			
A compléter (cocher toutes les réponses qui s'appliquent)			
1. Première évaluation faite avec l'enfant et le parent/tuteur sur les progrès et les changements			
2. Plan d'action(s) précédent examiné			
3. Registre des faits marquants examiné			
4. Nouveaux problèmes ou besoins depuis le dernier plan de prise en charge discutés avec l'enfant/la famille			
5. L'enfant a rempli un nouveau 'Ma Vie Maintenant' si son âge le permet			
6. Élaboration d'un nouveau plan de prise en charge			
7. Signature du plan de prise en charge par toutes les personnes concernées			
8. Discussion sur le nouveau plan de prise en charge avec le travailleur social supervisant			
MISE A JOUR DU PLAN DE PRISE EN CHARGE			
Objectifs globaux du Plan de prise en charge : décrivez quels changements l'intervention souhaite réaliser au niveau de l'enfant pour l'enfant, par exemple, retourner chez lui dans sa famille biologique, vivre avec des proches, améliorer ses perspectives éducatives, améliorer les soins de santé, surmonter un traumatisme etc.			
Plan d'action pour atteindre les objectifs globaux			
Action	A quelle fréquence/ Quand	Personne responsable	Résultat attendu
Accord des parents/de la famille			
Nom _____		Signature _____	Date _____
Accord du travailleur responsable du cas/du travailleur social			
Nom _____		Signature _____	Date _____
Accord de l'enfant			
Nom _____		Signature _____	Date _____
Date de la prochaine révision :			

7. Outil de clôture du plan de prise en charge

DATE :		
Nom et signature de la personne qui remplit le formulaire :		
Nom et signature du superviseur:		
Motif de clôture : (cochez une case)		
<input type="checkbox"/> Tous les objectifs ont été atteints. La clôture est convenue entre l'équipe de gestion, l'enfant et les parents/tuteurs.		
<input type="checkbox"/> L'enfant est décédé.		
<input type="checkbox"/> L'enfant a déménagé (et a été informé du droit d'envoyer son cas à sa nouvelle localisation)		
<input type="checkbox"/> Ne veut plus bénéficier de services (étude des raisons et des efforts pour modifier le choix documentée)		
<input type="checkbox"/> L'enfant est introuvable.		
Processus terminé (cochez <i>toutes</i> les cases qui s'appliquent) :		
<input type="checkbox"/> Il y a eu une discussion avec l'enfant et/ou la famille et tout le monde est d'accord avec la décision prise.		
<input type="checkbox"/> Les problèmes ont été abordés de manière adéquate et les préoccupations pour la sécurité de l'enfant n'existent plus.		
<input type="checkbox"/> Les objectifs du plan de prise en charge ont été atteints.		
<input type="checkbox"/> L'enfant est conscient des ressources disponibles au cas où un autre besoin de protection verrait le jour.		
<input type="checkbox"/> L'enfant décide de mettre un terme aux services reçus contre l'avis du travailleur soignant.		
Description de la décision prise: (utilisez le dos du formulaire s'il vous faut plus de place)		
Si les objectifs du plan de prise en charge ont été atteints, décrivez la situation actuelle de l'enfant en termes d'objectifs et d'activités dans le plan de prise en charge.		
Si l'enfant décide de mettre un terme au plan, décrivez là (les) tentative(s) pour résoudre les problèmes par des moyens autres que de mettre fin aux services.		
Accord des parents/de la famille		
_____	_____	_____
Nom	Signature	Date
Accord du travailleur responsable du cas/ du travailleur social		
_____	_____	_____
Nom	Signature	Date
Accord de l'enfant		
_____	_____	_____
Nom	Signature	Date

SUPPORT DE FORMATION 5C : IMAGES POUR LA SECTION 5 ACTIVITE 2

Veillez noter : Les images suivantes pourront servir que pour discussion. Ils ne sont pas des représentations de personnes ayant été contactés par des travailleurs sociaux en RDC.





SUPPORT DE FORMATION 5D : APPLIQUER « LE PRINCIPE DE NECESSITE » ET LE « PRINCIPE DU CARACTERE APPROPRIE DE LA MESURE DE PROTECTION DE REMPLACEMENT »

Le contenu de ce support de formation est tiré de la documentation soutenant la formation sur la protection de remplacement organisé par CELSIS. Garantir une prise en charge adéquate pour tous les enfants, Semaine 1, Section 1.11.¹⁴

Il est en premier lieu nécessaire de garantir qu'il existe bien des mécanismes et des services efficaces afin de prévenir le placement non justifié d'enfants sous protection de remplacement.

Ceci requiert l'existence d'un processus de contrôle (en tant que partie du processus de « prévention de l'admission à la protection de remplacement ») qui applique le principe de « nécessité » afin **d'évaluer si le besoin de placement est bien réel**.

C'est seulement une fois **ce processus de contrôle appliqué que des solutions pour le meilleur intérêt de l'enfant peuvent être recherchées**, et, lorsque cela est possible, ces solutions doivent éviter le placement de l'enfant et faire en sorte qu'il reste avec sa famille.

Tous les enfants ne font pas l'objet d'une protection de remplacement formelle : la vaste majorité d'entre eux sont pris en charge de manière informelle par des membres de leur famille ou des proches.

Simultanément, diverses possibilités de prise en charge formelle doivent être en place afin de répondre aux cas où le placement serait jugé justifié pour le meilleur intérêt de l'enfant. Ces diverses possibilités sont nécessaires pour remplir les exigences du principe de « caractère approprié de la mesure de placement », qui consistent à apporter **une réponse appropriée, au cas par cas**, prenant en compte à la fois la raison spécifique justifiant le placement et les besoins spécifiques de l'enfant placé, sa situation et ses souhaits.

Une fois de plus, la décision portant sur le placement le mieux adapté doit être prise en fonction des résultats du processus d'évaluation.

La participation des enfants et des jeunes personnes concernés à la prise de décision doit être intrinsèque.

Le tableau sur la page suivante décrit des questions essentielles à se poser en considérant la protection de remplacement et applique pour ce faire « le principe de nécessité » et le « principe du caractère approprié de la mesure de protection de remplacement »¹⁵

¹⁴ Centre for Excellence for Looked After Children in Scotland. *Garantir une prise en charge adéquate pour tous les enfants*. Future Learn. Consulté à l'adresse https://ugc.futurelearn.com/uploads/files/13/49/13494bf1-f850-4c93-9be6-aa97222305b/Step_1.11_-_French.pdf

¹⁵ Cantwell, N., Davidson, J., Elsley, S., Milligan, I., & Quinn, N. (2012). *En marche vers la mise en œuvre des « Lignes directrices relatives à la protection de remplacement pour les enfants »*. Centre for Excellence for Looked After Children in Scotland. Consulté à l'adresse <http://www.alternativecareguidelines.org/Portals/46/Moving-forward/En-marche-vers-la-mise-des-lignes-directrices-relatives-a-la-protection-V2.pdf>

QUESTION 1 LA PROTECTION EST-ELLE VRAIMENT NÉCESSAIRE ?		QUESTION 2 LA PROTECTION EST-ELLE ADAPTÉE A L'ENFANT ?	
			eiller à ce que les environnements de protection répondent aux besoins de l'enfant
		Garantir la conformité des environnements de protection de remplacement formelle aux normes minimales	Prévoir un large éventail de solutions de prise en charge,
	Décourager le recours à la protection de remplacement	S'engager à faire respecter les obligations relatives aux droits de l'homme,	Attribuer la responsabilité de la prévention de l'admission à la protection de remplacement à des professionnels qualifiés prenant soin d'examiner systématiquement quel cadre de protection est le mieux à même de correspondre aux caractéristiques et à la situation de l'enfant,
Limitier le besoin perçu d'une protection de remplacement formelle	Prévoir un système solide de prévention de l'admission à la protection de remplacement avec les autorités décisionnelles,	Assurer un plein accès aux services de base, particulièrement en termes de santé et d'éducation,	Assurer qu'un placement en établissement ait lieu uniquement s'il offre la réponse la plus adéquate,
Instaurer des programmes de réduction de la pauvreté,	Mettre à la disposition des parents en difficulté un éventail de ressources consultatives et pratiques efficaces vers lesquelles ils peuvent s'orienter,	Prévoir des ressources humaines adéquates (évaluation, qualifications et motivation des personnes qui s'occupent des enfants),	Exiger la coopération de l'entité en charge de la protection de l'enfant dans la recherche d'une solution à long terme pour chaque enfant.
Aborder les facteurs sociaux susceptibles de provoquer une rupture familiale (par ex. la discrimination, la stigmatisation, la marginalisation...),	Interdire le « recrutement » d'enfants pour la protection de remplacement,	Encourager et faciliter l'établissement de contacts appropriés avec les parents/autres membres de la famille,	
Améliorer les services de soutien et de renforcement familial,	Combattre les systèmes de financement des environnements de protection qui incitent à des placements injustifiés et/ou au maintien des enfants sous protection de remplacement,	Protéger les enfants contre la violence et l'exploitation,	
Offrir des possibilités de prise en charge journalière ou ponctuelle de récupération,	Contrôler régulièrement chaque placement afin de déterminer s'il est toujours justifié	Instaurer l'obligation d'enregistrer et d'habiliter toutes les entités en charge de la protection de l'enfant sur la base de critères stricts,	
Promouvoir des stratégies de gestion des situations au niveau informel / coutumier,		Interdire les entités en charge de la protection de l'enfant qui poursuivent en premier lieu des objectifs d'ordre politique, religieux ou économique, mettre en place un mécanisme d'inspection indépendant comprenant des visites régulières et inopinées.	
Consulter l'enfant, les parents et la famille élargie afin d'identifier des solutions,			
Lutter de manière proactive contre le 'confiage' lorsque celui-ci peut être évité,			
Empêcher les décisions injustifiées du retrait d'un enfant de la garde parentale			

SUPPORT DE FORMATION 6A : PRESENTATION D'ENSEMBLE DES REFERENCEMENTS ET DE LA GESTION DE CAS

LES CARACTERISTIQUES FONDAMENTALES D'UN SYSTEME DE REFERENCEMENT

Un système de référencement permet d'organiser, de réaliser et d'offrir un soutien professionnel, adéquat et en temps utile, aux enfants vulnérables et à leurs familles qui en ont besoin.

Un système de référencement facilite une bonne coordination et une bonne collaboration entre les acteurs et les services pour les enfants et les familles vulnérables.

Un système de référencement requiert une vision claire et commune des responsabilités qui incombent aux partenaires de l'action sociale, bien qu'ils aient des missions sectorielles spécifiques.

Le référencement et le contre-référencement sont des processus interactifs par lesquels l'acteur social oriente un client vers une structure pour un service social qu'il ne peut offrir lui-même et qu'en retour, il reçoit de cette structure les informations sur les services rendus au client référé.

LES DEFINITIONS

Le processus de référencement commence avec l'identification de l'enfant vulnérable et la notification d'un souci. Par référencement, dans le contexte de prise en charge des enfants en situation difficile, il faut entendre le fait d'orienter un enfant pris en charge d'un service A vers un service B offert, en raison de son inexistence au premier point.

De même, le référencement comprend le référencement formel et informel. Le formel concerne les cas de référencements des services gouvernementaux et de la société civile ; alors que l'informel englobe les référencements faits par des groupes 'informels' comme les groupes de femmes, groupes de supports, groupes de jeunes, etc.

Le contre-référencement est la réponse ou l'action retour, ou encore la rétro-information que la structure B donne à la structure A au sujet du service X rendu à l'enfant référé.

Les critères d'un bon système de référencement et de contre-référencement

Pour bien jouer son rôle, un bon système de référencement et de contre-référencement devra s'opérer dans un cadre qui assure :

1. Une prise en charge holistique des enfants en situation difficile à travers l'offre professionnelle d'une gamme variée des services : assistance psychosociale, suivi sanitaire et prise en charge des soins de santé, orientation vers un système éducatif et/ou professionnel pertinent, assistance juridique/judiciaire, appui socio-économique, etc... ;
2. Un travail fait par un personnel qualifié, supervisé et suffisant en nombre ;
3. Un travail en synergie qui favorise une mutualisation et un échange de compétences et de leçons apprises ;
4. Un travail structuré et suffisamment documenté (planification des activités, élaboration des outils, disponibilité des statistiques) afin d'éviter la surcharge, le chevauchement des efforts et le gaspillage des ressources ;
5. Un esprit d'équipe : connaissance mutuelle, sentiment de solidarité et de soutien moral et psychologique entre les différents intervenants.

Le contre-référencement est initié par la structure de réception du référé. Elle renvoie les informations sur les services rendus au référé vers la structure initiatrice du référencement.

DES ORIENTATIONS SUR COMMENT FAIRE DES REFERENCEMENTS

Un référencement est une procédure par laquelle un prestataire de service envoie un client (un enfant ou un membre de la famille) parce qu'il ne peut pas, à son niveau, répondre à ses besoins (expertise, niveau d'expérience ou niveau de responsabilité). Ce prestataire envoie le client au point de service le plus approprié, où le client peut recevoir le service requis.

Avant d'effectuer un référencement, il faut :

- Avoir une connaissance complète et approfondie des ressources disponibles, comme les critères d'admissibilité, les types de services fournis, etc. ;
- Veiller à ce que les référencements répondent au problème identifié ;
- Vérifier l'accessibilité du service — s'il y a des frais, déterminer comment les régler ;
- Fournir les moyens de confirmer si l'organisation de services accepte de servir le client, quand les services débiteront et quelle sera la durée du service.

Quand vous faites un référencement, il est TOUJOURS important de vous rappeler de :

- Référer des clients uniquement vers des services ou un soutien qui se trouvent à des distances raisonnables : en cas d'urgence, vous assurer qu'il y a un moyen de transport pour le client ;
- **Appeler à l'avance** pour sensibiliser l'organisation de services au futur référencement ;
- **Accompagner** l'enfant / la famille au service ;
- **Connaître** les services offerts et le personnel qui offre ces services ;
- **Vous assurer que quelqu'un a la responsabilité globale** de faire le suivi de l'enfant et des prestataires de services, pour veiller à ce que les besoins de l'enfant soient satisfaits ;
- **Vérifier systématiquement** la progression du client au sein de l'organisation de services.

Quand vous recevez un référencement, il est TOUJOURS important de vous rappeler de :

- **Comprendre** le référencement demandé – qu'est-ce que le prestataire de service vous demande de faire – et de chercher une explication s'il n'y a pas assez d'information ;
- **Veiller à ce que l'enfant et la famille en comprennent** la raison et qu'ils soient satisfaits du référencement ;
- **Donner du retour d'information** à l'agence qui fait le référencement.

Avez-vous :

- Des informations sur comment accéder aux services, comme les heures d'ouverture et les ressources (par exemple, le transport) pour assurer l'accompagnement de l'enfant par au moins un adulte de confiance ?
- Une cartographie de ressources locales ?
- Un dossier pour noter les faits concernant le cas, avec une copie pour votre superviseur ?
- La feuille de référencement bien comprise par tous ?
- Un mécanisme de coordination, pour vérifier que le référencement fonctionne ?
- Un formulaire à remplir pendant que l'on fait le suivi ?

(Protocole National Annexe 6, avec certains ajouts du Gouvernement du Malawi. 2014. Cadre pour la Gestion des Cas de Protection de l'Enfant)

SUPPORT DE FORMATION 6B : LE PROTOCOLE NATIONAL DE REFERENCEMENT ET CONTRE- REFERENCEMENT DES ENFANTS EN SITUATION DIFFICILE EN RDC

CE QUI SUIT EST TIRE DU PROTOCOLE NATIONAL DE REFERENCEMENT ET CONTRE-REFERENCEMENT DE LA RDC DATE SEPTEMBRE 2016.

Un bon système de référencement permet d'organiser, de réaliser et d'offrir un soutien professionnel adéquat et en temps utile, aux enfants vulnérables et à leurs familles qui en ont besoin. Il a pour but d'assurer aux enfants, à travers des soins facilités par une bonne coordination et collaboration des acteurs et services, de bénéficier de la prise en charge dont ils ont besoin.

Pour rappel, le travail social est multidisciplinaire et difficile parce que de nombreuses professions y participent à savoir : psychologues, sociologues, économistes, urbanistes, professeurs, instituteurs, médecins, paramédicaux, travailleurs sociaux, acteurs des organisations de la société civile et ONG, etc. Ces partenaires de l'action sociale, bien qu'avec des missions sectorielles spécifiques, doivent avoir une vision claire et partagée des responsabilités qui incombent aux uns et aux autres en ce qui concernent la protection et la prise en charge des personnes vulnérables en général et, des enfants en particulier. Cette conviction pose ainsi la nécessité de formaliser par écrit les règles de collaboration et les pratiques professionnelles standardisées entre différents acteurs réalisant entièrement ou partiellement une même tâche afin de garantir une continuité de soins et maximiser la qualité des services offerts.

Le référencement et contre référencement est un processus interactif par lequel l'acteur social oriente un client vers une structure pour un service social qu'il ne peut offrir lui-même et qu'en retour, il reçoit de cette structure les informations sur les services rendus au client référé. Pour les Affaires sociales, son efficacité et sa performance notamment dans le cadre de nos Centres de promotion sociale « CPS » appelés à se transformer en Centres d'actions sociales « CAS », permet une bonne traçabilité des clients et facilite le rapportage des données utiles qui pourront apporter de la lumière sur ce que l'on fait dans le cadre de la protection et la prise en charge des enfants en situation difficile en RD Congo. Ceci vaut autant pour les autres acteurs sociaux du référencement.

Le référencement ou l'orientation devrait être renforcé et rappelé aux acteurs sociaux, comme étant une des fonctions essentielles de leur métier dans le domaine de la protection de l'enfant.

MESSAGES CLES

Un système de référencement permet d'organiser, de réaliser et d'offrir un soutien professionnel adéquat et en temps utile, aux enfants vulnérables et à leurs familles qui en ont besoin.

Un système de référencement facilite une bonne coordination et collaboration des acteurs et services pour les enfants et les familles vulnérables.

Un système de référencement requiert une vision claire et partagée des responsabilités qui incombent aux partenaires de l'action sociale, bien qu'avec des missions sectorielles spécifiques.

La référence et la contre référence est un processus interactif par lequel l'acteur social oriente un client vers une structure pour un service social qu'il ne peut offrir lui-même et qu'en retour, il reçoit de cette structure les informations sur les services rendus au client référé

SUPPORT DE FORMATION 6C : TRAVAIL EN GROUPES SUR LA PRISE DE DECISIONS D'URGENCE POUR LA PROTECTION DE L'ENFANT

Dans votre petit groupe, réfléchissez soit à une situation que vous avez rencontrée et dans laquelle vous avez dû agir en urgence soit à la situation suivante :

GROUPE 1 :

- Vous avez été appelé dans un foyer par un voisin qui dit qu'il y a eu beaucoup de disputes/bagarres. Quand vous arrivez, deux hommes sont en train de se battre et une femme et trois enfants semblent avoir été blessés. Les enfants pleurent et la femme crie et pleure aussi.
- Les deux hommes semblent se battre parce que le mari de la femme accuse l'autre homme d'être l'amant de sa femme. Ce dernier et l'épouse nient les faits.

GROUPE 2 :

- Un adolescent a été amené dans votre bureau. Il a été frappé sauvagement, perd du sang et semble à demi conscient
- Les personnes qui l'ont amené disent qu'il a été battu dans la rue car il était accusé de vol. Ces mêmes personnes disent qu'elles le protégeaient et l'ont amené chez vous parce qu'elles pensaient qu'on allait le tuer.
- Il y a une foule en colère à l'extérieur du bureau.

GROUPE 3 :

- Un voisin débarque chez vous et dit qu'il y a trois enfants – une fille de 13 ans et ses deux plus jeunes sœurs – qui vivent seules dans leur maison depuis trois jours. Personne ne sait où la mère est partie. On sait qu'elle boit parfois.

GROUPE 4 :

- Vous avez été appelé dans une maison où une famille se dispute car le plus jeune enfant s'est plaint auprès de son professeur que son oncle le battait violemment. L'enfant a des bleus mais sa famille est fâchée sur lui pour avoir apporté la honte sur la famille en parlant à son professeur.

Dans votre groupe, discutez :

- Une action médicale immédiate doit-elle être prise ?
- L'enfant (les enfants) doit-il (doivent-ils) être éloigné(s) pour sa (leur) propre sécurité?
- Qui d'autre pourrait devoir être appelé pour une action d'urgence?

Passez en revue la grille qui suit pour valider vos réponses.

GRILLE POUR GUIDER L'ÉVALUATION DES RISQUES

(Namibia Ministry of Gender Equality and Child Welfare, Case management tools (ébauche, adaptée de Interagency Guidelines on Case Management and Child Protection))

Table : Les exemples qui suivent sont illustratifs et ne doivent pas utilisés comme liste de contrôle.

Type de préjudice	Haut risque/ Pas en sécurité – réponse d'urgence nécessaire	Risque moyen/Pas en sécurité – procédure judiciaire ou rester à la maison	Faible risque/ En sécurité – référencement pour la prévention/ intervention rapide
Violence (Abus physique)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grave blessure nécessitant une assistance médicale d'urgence immédiate. ▪ Jeune enfant exposé à la violence familiale grave. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Châtiment corporel sévère conduisant à des ecchymoses ou des dommages émotionnels. ▪ Enfant exposé à un comportement dangereux et irresponsable et/ou à la violence familiale. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas de présence de violence ▪ La personne responsable de la violence a quitté la maison sans projet d'y revenir.
Abus (sexuel)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfant actuellement exposé à des contacts sexuels avec un adulte (où l'adulte a un accès continu à l'enfant). ▪ Enfant contraint ou enlevé pour le mariage. Enfant accusé d'avoir commis des abus sexuels. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ •Enfant abusé sexuellement dans le passé et n'ayant reçu aucun soutien. ▪ Enfant dans une relation sexuelle forcée avec une personne en position de force, par exemple, un enseignant. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'enfant et la famille ont reçu du soutien pour des abus sexuels antérieurs, il y a un adulte protecteur dans la maison et aucun facteur de préjudice sexuel présent.
Abus (émotionnel)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfant constamment rabaissé, isolé, ou humilié par un tuteur important ou encouragé par un tuteur et enfant qui exprime le souhait d'être soustrait à cette situation. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfant régulièrement rabaissé, isolé ou humilié. ▪ Enfant traité différemment ou pire que les autres enfants de la maison. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les causes responsables du préjudice émotionnel ont été traitées (par exemple, le tuteur a reçu du soutien ou a été changé). ▪ L'abuseur n'a plus de contact avec l'enfant.
Détresse psychosociale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfant ayant tenté de se suicider ou de s'automutiler gravement ou pensant sérieusement au suicide. ▪ •Enfant engagé dans un comportement antisocial, y compris la violence, ou accusé d'avoir commis des abus sexuels. ▪ Enfant accro aux drogues/à l'alcool. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ •Aptitudes sociales, capacité d'autonomie et fréquentation scolaire de l'enfant fortement réduites. ▪ Enfant régulièrement en colère et déprimé. ▪ •Enfant faisant à l'occasion usage de drogues ou d'alcool. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'enfant ne présente plus de comportements préoccupants. ▪ •L'enfant a un tuteur important qui montre de l'amour et se soucie ouvertement de lui.

Type de préjudice	Haut risque/ Pas en sécurité – réponse d’urgence nécessaire	Risque moyen/Pas en sécurité – procédure judiciaire ou rester à la maison	Faible risque/ En sécurité – référencement pour la prévention/ intervention rapide
			<ul style="list-style-type: none"> •L’enfant a expérimenté les drogues et l’alcool mais n’en fait plus usage régulièrement.
Négligence	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grave blessure ou maladie due à de la négligence (par exemple, malnutrition sans raison apparente, manque de soutien pour des soins VIH). ▪ Manque de surveillance exposant l’enfant à des risques de préjudice grave, par exemple un jeune enfant laissé seul avec un poêle au kérosène. ▪ Abandon ou rejet des nourrissons. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soins de base insuffisants ▪ Manque de surveillance pour un jeune enfant sur de longues périodes /enfant exécutant des tâches qui dépassent ses capacités. ▪ Tuteur émotionnellement distant. ▪ Famille recevant une allocation pour l’enfant mais dont l’enfant ne bénéficie pas (abus de subvention). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soins de base de l’enfant assurés par le tuteur. ▪ L’enfant a un tuteur important qui montre de l’amour et se soucie ouvertement de lui.
Exploitation et travail des enfants	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfant impliqué dans les pires formes de travail des enfants (travail du sexe, travail physique dangereux – réf à la législation sur l’emploi). ▪ Enfant victime de traite d’êtres humains. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfant impliqué dans un travail sporadique ou domestique qui interrompt sa scolarité. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L’enfant ne travaille plus et reçoit du soutien pour retourner à l’école, etc. La famille soutient l’enfant afin que celui-ci ne doive plus retourner au travail.
Problèmes de santé et/ou VIH	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfant extrêmement malade, ne prenant pas de médicaments ARV et sans soutien VIH. ▪ Enfant de plus de 12 ans, mais pas encore révélé son statut VIH, ne prenant pas d’ARV, et n’adhérant pas à des soins. ▪ •Enfant ne fréquentant plus l’école en lien avec le VIH. ▪ •Enfant ignorant son statut VIH, ne prenant pas d’ARV et ayant des relations sexuelles avec un autre. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfant posant des questions sur sa santé et devant prendre des ARV et/ou ayant du mal à y adhérer. ▪ Enfant intimidé à l’école au sujet du VIH. ▪ •Enfant ayant une mauvaise compréhension de la prise d’ARV. ▪ Enfant récemment mis au courant de son statut et devant s’y adapter. ▪ Plan de mise au courant et de soutien nécessaire. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L’enfant est médicalement stable avec le VIH. Pas d’obstacles aux soins ou à l’adhérence VIH. ▪ Divulgence discutée, mais pas de besoins au présent ni dans un avenir proche. ▪ L’enfant peut bénéficier d’un soutien proactif, surtout lorsqu’il s’agit de faire un plan de divulgation avec les tuteurs.

SUPPORT DE FORMATION 7A : EXERCICE DE GROUPE SUR LES OPTIONS DE PRISE EN CHARGE DE REMPLACEMENT (FACULTATIF)

Cette exercice est facultative, à la fin de la discussion plénière de la Section 7, Exercice 4.

Lire à haute voix les scénarios suivants et demander aux étudiants de dire :

- Quelle option de placement ils vont envisager à court terme.
- Quel pourrait être le placement permanent.
 - A. Un jeune enfant dont le père est en prison pour 2 ans et dont la mère est malade, sans aucune famille proche dans les environs.
 - B. Une adolescente qui a été jetée hors de sa maison par son père, qui a des sœurs dans les environs plus âgées, mariées et qui la soutiennent.
 - C. Un orphelin qui vit avec ses grands-parents.
 - D. Un enfant infirme moteur cérébral, qui vit avec sa mère et son père, qui sont pauvres mais ont un emploi.
 - E. Un enfant avec le VIH qui vit avec sa mère, sa tante et sa grand-mère.
 - F. Un adolescent qui a commencé à avoir des ennuis avec des bandes de la région et qui vit avec sa mère célibataire et ses trois frères et sœurs plus jeunes.
 - G. Un enfant abandonné, trouvé sur la place du marché, âgé d'environ 3 mois sans aucune information permettant de l'identifier.
 - H. Un gamin de cinq ans trouvé dans la rue qui a été amené ici de Bangui.
 - I. Une fille albinos, âgée de 12 ans, vivant dans la rue et qui a été accusée de sorcellerie à la maison.

SUPPORT DE FORMATION 7B : RESUME DU GUIDE DE REUNIFICATION FAMILIALE DES ENFANTS EN RUPTURE FAMILIALE

NECESSITE DU GUIDE DE REUNIFICATION FAMILIALE DES ENFANTS EN RUPTURE FAMILIALE

Les structures d'hébergement ainsi que les autres prestataires de service de protection doivent se convaincre que nul ne remplace la famille dans le développement de la personnalité de l'enfant et dans les orientations bénéfiques pour son avenir. Les enfants en rupture familiale sont encouragés à maintenir leur identité première, à retrouver leurs parents et à connaître leurs origines.

LES ACTEURS DE LA REUNIFICATION FAMILIALE DES ENFANTS EN RUPTURE FAMILIALE

La réussite du processus de réunification familiale durable des enfants en rupture familiale nécessite une étroite collaboration et une disponibilité de la chaîne d'acteurs-clés appelés à jouer chacun un rôle à la fois individuel, complémentaire et coopératif. Il s'agit notamment de :

- *L'enfant* lui-même, déclencheur et bénéficiaire final du processus ;
- *La famille* avec laquelle les interlocuteurs *doivent* favoriser l'aboutissement du processus par son consentement déterminant dans l'acceptation de l'enfant en son sein ;
- *La communauté* avec laquelle les interlocuteurs doivent interférer pour permettre la réadaptation de l'enfant dans son milieu social ;
- *L'autorité juridique et politico-administrative* qui rend légal le placement institutionnel de l'enfant et sa réunification.
- *Un référent, délégué d'une équipe multidisciplinaire* composée des travailleurs sociaux formés et expérimentés (assistants sociaux, éducateurs et autres encadreurs), des psychologues, des sociologues réunissant les conditions de savoir, de savoir-faire et de savoir-être pour la conduite des activités du processus de réunification familiale. *Le référent* est l'intervenant social qui joue le rôle central dans la conduite du long, laborieux et capital processus. Il sert de pont entre tous les acteurs et doit disposer des aptitudes spécifiques.

ÉTAPES DU PROCESSUS DE RÉUNIFICATION FAMILIALE DES EDR

L'objectif recherché par cette approche est une quadruple réconciliation : la réconciliation de l'enfant avec lui-même, la réconciliation de l'enfant avec sa famille, la réconciliation de la famille avec elle-même et la réconciliation de l'enfant avec son environnement.

PREMIERE ETAPE : IDENTIFICATION

L'identification peut se dérouler dans la rue (à partir des points d'écoute, les points d'eau, ou les équipes mobiles nocturnes) comme dans le centre de transit.

Activités d'identification

- Prospection ; Contact ; Accueil de l'enfant ; Mise en confiance ; Sensibilisation ; Observation ; Entretiens ; Écoute active ; Remplissage fiche de renseignement (Identité, adresses, parents, problème, faits observés) ; Conscientisation ; Soins médicaux en urgence ; Protection en urgence ; Intervention urgente ; Référencement ; Orientation en milieu éducatif et protecteur.

DEUXIEME ETAPE : DOCUMENTATION

La documentation est l'étape de la recherche et du rassemblement de l'information sur l'enfant afin de reconstituer son histoire du passé (l'anamnèse). Elle vise la connaissance de l'enfant et de son problème afin de l'aider à remodeler son comportement, à prendre goût de la vie familiale puis enfin à se décider d'y vivre. La documentation est une activité transversale.

Ce qu'il faut faire :

- Garder la confidentialité des informations sur l'enfant et sa famille.
- Rendre régulier les entretiens et l'écoute ;
- Être attentif aux informations données par l'enfant ;
- Actualiser le dossier de l'enfant ;
- Fournir l'effort d'accession aux différentes sources d'informations ;
- Faire un suivi régulier du comportement de l'enfant ;
- Détecter le caractère comportemental de l'enfant (débilité, handicap et autres) ;
- Amplifier les activités qui favorisent l'ouverture de l'esprit et l'éveil de l'enfant ;
- Évaluer régulièrement l'évolution du comportement de l'enfant ;

TROISIEME ETAPE : MÉDIATION

La médiation est le processus de négociation pour le règlement pacifique du conflit entre l'enfant d'une part puis la famille et la communauté d'autre part. Elle vise à amener les deux parties à une cohabitation pacifique qui passe par le retour de l'enfant en famille et son accommodation à la vie communautaire.

La médiation suit un processus logique de 10 étapes suivantes :

- **1^{ère} étape** : préparation de l'enfant au retour en famille (changement de comportement et avis favorable à la réunification) ;
- **2^{ème} étape** : Identification et analyse du problème et les causes probables du conflit avec la famille selon l'enfant ;
- **3^{ème} étape** : Négocier l'avis favorable de l'enfant pour la première descente en famille de l'intervenant ;
- **4^{ème} étape** : Effectuer l'enquête exploratoire ou de découverte pour annoncer le suivi de l'enfant au centre de transit et vérifier les adresses, les responsables, les attitudes des personnes rencontrées et les conditions de vie de la famille ; puis prendre un rendez-vous pour une prochaine visite ;
- **5^{ème} étape** : entretien de feedback avec l'enfant sur ce premier contact avec la famille afin de lui rendre compte sur la visite et observer son attitude et sa réaction ; rédiger le rapport d'enquête ;
- **6^{ème} étape** : analyser la situation pour comparer la véracité des informations reçues de part et d'autre et puis, dégager les points de convergence et de divergence afin de trouver une piste de poursuite de la négociation ;
- **7^{ème} étape** : seconde enquête par rapport au rendez-vous pris antérieurement et négocier un calendrier des rencontres (enquêtes de médiation) avec toutes les personnes concernées et fixer les mécanismes ou les modalités de la médiation ;
- **8^{ème} étape** : Enquêtes de médiation : rechercher le (les) vrai(s) motif(s) à la base de la séparation de l'enfant d'avec sa famille ; faire le plaidoyer de l'enfant auprès de ses parents pour préparer le retour de l'enfant ; chercher à aplanir les divergences entre parties en vue de trouver des convergences ; sensibiliser et conscientiser l'enfant sur ses responsabilités futures ; sensibiliser et conscientiser les parents sur leurs

responsabilités vis-à-vis de l'enfant ; fixer les échéances des rendez- vous des visites réciproques ;

- **9^{ème} étape** : Visites pré-réunification : organisation des visites de l'enfant en famille et vice-versa ; familiarisation et adaptation familiale de l'enfant ; remise en liens familiaux ;
- **10^{ème} étape** : Préparation de la résilience de l'enfant : élaboration du programme de suivi et accompagnement psychosocial de l'enfant et de la famille. Si possible promesse d'appui de l'enfant et ou de la famille pour les activités post-réunification en vue de faciliter la réinsertion sociale de l'enfant dans la communauté.

QUATRIEME ETAPE : RÉUNIFICATION

L'acte de réunification de l'enfant avec sa famille est une cérémonie officielle qui manifeste le résultat du long cheminement du processus. Elle se déroule en présence de cinq parties : l'enfant, la famille, l'intervenant social, les représentants de la communauté et le représentant de l'autorité locale.

Un acte officiel est posé et couronne la cérémonie : la signature et la remise du certificat de réunification du centre par l'autorité publique.

Cette cérémonie de retour de l'enfant en famille marque le point de départ de sa réinsertion sociocommunautaire. Petit à petit, l'enfant va retrouver la confiance de ses pairs et la place au sein de la société pour favoriser son épanouissement.

La réunification familiale n'est pas une fin en soi, mais un moyen de permettre à l'enfant de reprendre une vie normale au sein de la société et de s'épanouir en jouissant de tous ses droits et d'accomplir ses devoirs.

CINQUIEME ETAPE : SUIVI POST- RÉUNIFICATION

Le suivi post-réunification est un processus de résilience et d'accompagnement qui prépare et entérine le sevrage affectif de l'enfant et de sa famille.

Les activités planifiées à ce niveau sont celles qui appuient la réinsertion holistique de l'enfant au sein de la famille et de la communauté, notamment : le développement des compétences psychosociales, l'appui en scolarisation ou en apprentissage et l'exercice d'une activité génératrice de revenus, là où cela est nécessaire. Elles se concrétisent de la manière suivante :

- Programmation des visites de descente de suivi pour s'assurer de l'intégration et de la stabilité de l'enfant dans sa famille : d'abord 1 fois par semaine pendant le premier mois, puis 1 fois toutes les deux semaines pendant les 2 mois qui suivent, ensuite 1 fois par mois pour les 2 mois suivants et enfin 1 fois par trimestre et cela pendant 2 trimestres. Cette planification peut être réajustée à la hausse ou à la baisse, au cas par cas ;
- Évaluation des activités de renforcement des compétences psychosociales de l'enfant et de la famille pour s'assurer de ses prestations à l'école, en apprentissage professionnel ou au travail et de sa survie en famille ;
- Appui de la famille si possible dans les ressources socio-économiques en vue de garantir la résilience et le sevrage affectif.

SUPPORT DE FORMATION 8A : LE VIH ET LA PROTECTION DE REMPLACEMENT

Un certain nombre d'études à travers l'Afrique et ailleurs ont montré que le VIH au sein de la famille peut déterminer si un enfant peut rester dans une prise en charge familiale et peut influencer la gamme et la qualité des options de protection de remplacement ouvertes aux enfants.

Des recherches mondiales menées en 2010 au Malawi, en Ukraine et en Inde,¹⁶ suivies d'une analyse d'études sur les prises en charge en institution de 2012,¹⁷ ont révélé que :

- Les enfants touchés par le VIH n'ont actuellement pas les mêmes options de prises en charge que les autres enfants. Ils sont plus exposés à devenir orphelins. Les problèmes de santé liés au VIH, la discrimination, la pauvreté et le stress peuvent également contribuer à ce que les enfants doivent quitter la maison familiale, quand ils se séparent ou lorsque les familles sont trop stressées pour rester unies. Dans certains cas, les enfants touchés par le VIH sont rejetés par leur famille élargie et peuvent ne pas avoir accès à certaines formes de prises en charge comme la famille d'accueil, les institutions ou l'adoption.
- Les enfants touchés par le VIH ont droit à une prise en charge familiale, sauf si leur intérêt supérieur est d'être séparés. Il n'y a aucune raison pour que les enfants vivant avec le VIH soient placés dans une forme de prise en charge particulière, car leur santé, leur éducation et d'autres besoins peuvent être garantis par une prise en charge familiale.
- Les familles touchées par le VIH peuvent avoir besoin de soutien pour rester unies et pour offrir un cadre de soins de soutien à leurs enfants. Beaucoup de ces besoins de soutien sont semblables à ceux d'autres familles vulnérables, mais peuvent nécessiter une aide supplémentaire en matière d'adhésion, de liberté de travail et d'accès aux services sans subir de discrimination, et une aide pour la prise en charge des enfants vivant avec le VIH.
- Les enfants vivant en dehors d'une prise en charge parentale et touchés par le VIH peuvent avoir besoin d'une surveillance et d'une aide supplémentaires en matière de protection de l'enfant, en particulier quand la famille élargie ou la belle famille sont réticentes à les prendre en charge.

Une fois que les enfants touchés par le VIH vivent en dehors d'une prise en charge familiale – en situation de rue ou chef de ménage ou en protection de remplacement – ils peuvent avoir besoin d'une protection supplémentaire et d'autres soutiens en aide sociale :

- Les enfants peuvent avoir besoin de conseils et d'autres interventions suite à un traumatisme et un décès ou à de la discrimination dont ils auraient fait l'objet à cause, partiellement, du VIH.
- Les enfants vivant avec le VIH auront besoin d'aide pour accéder et adhérer au traitement, au soin et au soutien VIH. Cela peut s'avérer particulièrement difficile en dehors d'une prise en charge familiale.
- Les enfants vivant avec le VIH en dehors d'une prise en charge familiale peuvent faire face à des risques d'abus, de violence, et de comportements à risque qui

¹⁶ Long, S., & Delap, E. (2010). *Positively Caring Ensuring that positive choices can be made about the care of children affected by HIV*. Every Child. Consulté à l'adresse <http://www.crin.org/en/docs/Positively%20Caring%20FINAL.pdf>

¹⁷ Mann, G., Long, S., Delap, E., & Connell, L. (2012). *Children living with and affected by HIV in residential care*. Every Child. Consulté à l'adresse http://www.crin.org/en/docs/HIVandResCare_FinalWeb%20%282%29.pdf

augmenteraient leur exposition potentielle au VIH. Ils auront besoin d'avoir accès à de l'information, de l'aide et des services appropriés.

- Aucun établissement de protection de remplacement – institution ou autre – n'a le droit de traiter les enfants vivant avec le VIH différemment des autres.

Les travailleurs sociaux jouent un rôle central pour veiller à ce que tous les enfants ayant besoin de protection de remplacement aient accès à l'information, aux services et au soutien liés au VIH.

SUPPORT DE FORMATION 8B : LE HANDICAP ET LA PROTECTION DE REMPLACEMENT

Le texte ci-dessous est un résumé de : Better Care Network and International Social Services. (2012). *Safeguarding the rights of children with disabilities in alternative care*.¹⁸

Pour en savoir plus, consultez aussi : Service Social International. 2016. *Un autre futur est possible : Promouvoir la vie en famille pour les enfants handicapés en institution. Manuel à l'usage des professionnels*.¹⁹

ENFANTS HANDICAPES EN PROTECTION DE REMPLACEMENT

Des millions d'enfants à travers le monde ne peuvent vivre avec leurs parents pour diverses raisons. Parmi eux, les enfants handicapés sont les plus à risque :

- Les enfants handicapés semblent être exposés à un risque accru d'être placés en protection non familiale en raison des parents qui pensent qu'ils ne peuvent pas faire face ; du manque de soutien disponible pour tous les types de famille ; de la stigmatisation associée au fait d'avoir un enfant handicapé.
- Les enfants handicapés qui ont été abandonnés par leurs familles et/ou séparés de celles-ci, ont moins d'options familiales ou communautaires qui leur sont ouvertes. Les options telles que les foyers d'accueil ou l'adoption sont moins disponibles, souvent en raison du manque de ressources investies dans la formation et la préparation des familles potentielles.
- La limitation des options entraîne souvent une surreprésentation des enfants handicapés dans les institutions. Il y a peu de données à ce sujet mais une étude de 2012 a montré qu'en Europe de l'est et en Asie centrale, plus d'un enfant sur trois placé en institution est handicapé et que la plupart de ces enfants sont placés dans des établissements à grande échelle.
- Les études indiquent constamment que les enfants sont exposés aux risques d'abus et de violence dans les milieux institutionnels. Les enfants handicapés risquent d'être plus exposés à la discrimination et à l'isolement.

La convention des Nations Unies sur les droits des personnes handicapées note que :

- **Article 23:** Les enfants handicapés ont des droits égaux de vivre dans un environnement familial et doivent avoir les moyens de le faire. « ... en vue de prévenir la dissimulation, l'abandon, le délaissement et la ségrégation des enfants handicapés, les États Parties s'engagent à fournir aux enfants handicapés et à leur famille, à un stade précoce, un large éventail d'informations et de services, dont des services d'accompagnement. en aucun cas, un enfant ne doit être séparé de ses parents en raison de son handicap ou du handicap de l'un ou des deux parents. »

Les Lignes directrices de l'ONU pour une protection de remplacement des enfants demandent aux états: « d'offrir des possibilités de garde journalière, y compris la prise en charge par l'école toute la journée, et des services de prise en charge ponctuelle, afin de permettre aux parents de mieux s'acquitter de leurs responsabilités supplémentaires inhérentes à la prise en charge d'enfants ayant des besoins spéciaux. » (Paragraphe 38)

¹⁸ Dambach, M., & Kikuchi-White, A. (2012). *Safeguarding the rights of children with disabilities in alternative care*. Geneva: The International Social Service & SOS Children's Villages International. Consulté à l'adresse <http://bettercarenetwork.org/sites/default/files/Safeguarding%20the%20Rights%20of%20Children%20with%20Disabilities%20in%20Alternative%20Care.pdf>

¹⁹ Jenny, M., & Romanens-Pythoud, S. (2016). *Un Autre Futur est Possible: Manuel à l'usage des professionnels en charge des enfants handicapés privés de famille*. Genève: Service Social International. Consulté à l'adresse <http://www.issi.org/images/practices/ManualFrenchWeb.pdf>

Les travailleurs sociaux et leurs employeurs doivent veiller à ce que :

- Les enfants handicapés ne se retrouvent pas en protection de remplacement inutilement ;
- Lorsque des soins sont fournis en dehors de la maison, ils soient donnés dans les meilleures conditions possibles et répondent aux droits de l'enfant et à son intérêt supérieur.

SUPPORT DE FORMATION 8C : TRAVAIL EN GROUPES SUR LA PRESERVATION DE LA FAMILLE ET LA PLANIFICATION D'UNE PROTECTION DE REMPACEMENT POUR DES ENFANTS ET DES FAMILLES AFFECTES PAR LE VIH ET LE HANDICAP

GROUPE 1 : LES PRINCIPES ET LES ACTIONS DU TRAVAILLEUR SOCIAL POUR PRESERVER LES FAMILLES TOUCHÉES PAR LE VIH

Vous allez vous baser sur les informations dont vous avez discuté au cours des sections précédentes sur la protection de remplacement pour élaborer des propositions de bonne pratique afin de renforcer les familles et d'éviter la rupture familiale dans les familles où un des tuteurs adultes a le VIH.

Discutez des questions suivantes et notez vos réponses finales sur une feuille de tableau à feuilles mobiles. Écrivez clairement afin que les autres étudiants puissent lire.

- Échangez des idées sur certains des problèmes clés auxquels cette famille pourrait faire face.
- Échangez des idées sur certains des problèmes auxquels l'enfant lui-même peut être confronté.
- Énumérez les principes clés qui devraient éclairer votre travail avec les enfants et les familles touchés par le VIH et où il existe un risque de séparation familiale. (Vous pouvez vous baser sur les principes fondamentaux du travail social et sur les principes liés à la protection de remplacement et au soutien au VIH ; prenez les principes les plus importants et spécifiques au VIH).
- Énumérez les actions clés qu'un travailleur social peut entreprendre pour renforcer les familles et soutenir les enfants dans ce contexte, soit directement, soit avec d'autres intervenants.

GROUPE 2 : LES PRINCIPES ET LES ACTIONS DU TRAVAILLEUR SOCIAL POUR SOUTENIR LES ENFANTS TOUCHÉS PAR LE VIH ET NECESSITANT UNE PROTECTION DE REMPLACEMENT

Vous allez vous baser sur les informations dont vous avez discuté au cours des sections précédentes sur la protection de remplacement pour élaborer des propositions de bonne pratique afin de soutenir des enfants qui ont perdu un parent ou un tuteur à cause du VIH et doivent être placés en protection de remplacement. Dans ce cas, l'enfant vit encore avec un membre de la famille mais cette personne ne peut fournir une protection à long terme.

Discutez des questions suivantes et notez vos réponses finales sur une feuille de tableau à feuilles mobiles. Écrivez clairement afin que les autres étudiants puissent les lire.

- Échangez des idées sur certains des problèmes clés auxquels l'enfant est confronté dans l'immédiat, suite à la perte d'un tuteur et à la rupture familiale.
- Énumérez les principes clés qui devraient éclairer votre travail avec les enfants ayant perdu un tuteur à cause du VIH et où un certain soutien est nécessaire pour un placement alternatif. (Vous pouvez vous baser sur les principes fondamentaux du travail social et sur les principes liés à la protection de remplacement et au soutien au VIH ; prenez les principes les plus importants et spécifiques au VIH).
- Énumérez les actions clés qu'un travailleur social peut entreprendre pour évaluer les options de placement possibles et soutenir les enfants dans ce contexte, soit directement, soit avec d'autres intervenants.

GROUPE 3 : LES PRINCIPES ET LES ACTIONS DU TRAVAILLEUR SOCIAL POUR SOUTENIR LES ENFANTS VIVANT AVEC LE VIH ET QUI SONT EN DEHORS D'UNE PROTECTION FAMILIALE (EN SITUATION DE RUE, VIVANT DANS UN MENAGE DIRIGE PAR UN ENFANT, VIVANT EN INSTITUTION)

Vous allez vous baser sur les informations dont vous avez discuté au cours des sections précédentes sur la protection de remplacement pour élaborer des propositions de bonne pratique afin de soutenir les enfants vivant avec le VIH et qui sont en dehors d'une protection familiale. Ils peuvent être en situation de rue, vivre dans un ménage dirigé par un enfant ou être placés en institution.

Discutez des questions suivantes et notez vos réponses finales sur une feuille de tableau à feuilles mobiles. Écrivez clairement afin que les autres étudiants puissent les lire.

- Échangez des idées sur certains des problèmes auxquels l'enfant est confronté dans l'immédiat, en ce qui concerne les options immédiates de placement et les autres soutiens de travail social, dans le cas où un enfant connaît son statut sérologique et reçoit un traitement.
- Échangez des idées sur certains des problèmes auxquels l'enfant est confronté dans l'immédiat, en ce qui concerne les options immédiates de placement et les autres soutiens de travail social, dans le cas où l'enfant ne connaît pas son statut sérologique.
- Énumérez les principes clés qui devraient éclairer votre travail avec des enfants vivant avec le VIH et sans protection familiale, et où un certain soutien est nécessaire pour un placement alternatif. (Vous pouvez vous baser sur les principes fondamentaux du travail social et sur les principes liés à la protection de remplacement et au soutien au VIH ; prenez les principes les plus importants et spécifiques au VIH).
- Énumérez les actions clés qu'un travailleur social peut entreprendre pour évaluer les options de placement possible et soutenir les enfants dans ce contexte, soit directement, soit avec d'autres intervenants.

GROUPE 4 : LES PRINCIPES ET LES ACTIONS DU TRAVAILLEUR SOCIAL POUR SOUTENIR LES ENFANTS VIVANT AVEC UN HANDICAP ET QUI SONT A RISQUE DE RUPTURE FAMILIALE

Vous allez vous baser sur les informations dont vous avez discuté au cours des sections précédentes sur la protection de remplacement pour élaborer des propositions de bonne pratique afin de soutenir les enfants et les familles où un enfant est handicapé et où la famille a besoin de l'intervention d'un travailleur social.

Discutez des questions suivantes et notez vos réponses finales sur une feuille de tableau à feuilles mobiles. Écrivez clairement afin que les autres étudiants puissent les lire.

- Échangez des idées sur certains problèmes auxquels l'enfant est confronté dans l'immédiat, en relation avec le bien-être et la santé.
- Échangez des idées sur certains problèmes clés auxquels la famille pourrait faire face en ce qui concerne la fourniture de soutien approprié à l'enfant et le fait de rester tous ensemble en famille.
- Énumérez les principes clés qui doivent éclairer votre travail avec les enfants ayant un handicap et à risque de rupture familiale. (Vous pouvez vous baser sur les principes fondamentaux du travail social et sur les principes liés à la protection de remplacement et au soutien au handicap – souvent semblable au soutien au VIH; prenez les principes les plus importants et spécifiques au handicap).

- Énumérez les actions clés qu'un travailleur social peut entreprendre pour évaluer les besoins de l'enfant et de la famille et fournir un soutien approprié pour maintenir la famille ensemble.

SUPPORT DE FORMATION 8D : MATRICE POUR DEVELOPPER DES
PROCEDURES OPERATIONNELLES
STANDARDISEES POUR DES TRAVAILLEURS
SOCIAUX QUI PRENNENT EN COMPTE LE
VIH ET
LE HANDICAP

1. **Principes directeurs** _____

2. _____

3. **Identification** _____

4. _____

5. **Évaluation**

a. **Enfant** _____

b. **La famille** _____

6. **Les étapes d'investigation** (par ex. recherche de la famille, référencement pour
évaluation du handicap) _____

7. **La planification participative de la prise en charge** _____

8. **Le soutien continu** _____

9. **Clôture du plan de prise en charge** _____

10. **Suivi** _____

SUPPORT DE FORMATION 9A : LES PRINCIPES DE COMMUNICATION POUR LES TRAVAILLEURS SOCIAUX

POURQUOI LES TRAVAILLEURS SOCIAUX ONT BESOIN DE BONNES COMPETENCES EN COMMUNICATION²⁰

La communication est une des fonctions clefs des assistants sociaux, considérées comme importantes en RDC.

Les études montrent que 'l'ingrédient' le plus important pour motiver un changement est la relation entre le travailleur et le client.

Une bonne communication et une véritable interaction favorisent des relations positives. Ces deux compétences doivent être apprises et mises en pratique.

Les assistants sociaux, comme toutes les autres personnes ayant un rôle reconnu au sein de la communauté, sont dans une position de force par rapport aux enfants ou aux familles vulnérables avec qui ils sont en contact et parlent. Quand un travailleur social entre dans un foyer, il y a peut-être des choses qu'un enfant ou une famille ne veut pas révéler, de peur d'être jugé(e) ou de peur des conséquences éventuelles. Si l'travailleur social connaît bien les différentes façons de communiquer dans un foyer, cela pourra l'aider à être plus sensible à ces craintes éventuelles et à y répondre de manière adéquate.

Les travailleurs sociaux doivent souvent communiquer dans des situations où de nombreux obstacles à la communication peuvent exister, et peuvent travailler avec des personnes apeurées ou qui refusent le changement.

Posséder de bonnes capacités de communication peut aider l'travailleur social dans les activités peut-être exigeantes auxquelles il est confronté, telles que :

- Écouter des personnes en détresse qui vivent dans la douleur et la peur ;
- Encourager des personnes à mieux se connaître ;
- Apporter un soutien et donner des conseils à des personnes sous pression ;
- Résoudre des conflits avec des clients agressifs et/ou en colère ;
- Changer profondément des attitudes ou des habitudes enracinées ;
- Développer d'autres méthodes de communication pour ceux ou celles qui ne peuvent communiquer verbalement ;
- Aider les enfants et les adultes à surmonter une période confuse et difficile.

Communiquer est un acte que l'on pose chaque jour, du matin jusqu'au soir. Il est donc important de prendre du recul et d'examiner attentivement comment nous utilisons la communication, afin d'obtenir les meilleurs résultats.

LES PRINCIPES FONDAMENTAUX DE COMMUNICATION²¹

- **Empathie** : « Se mettre dans la peau » de l'autre et essayer de comprendre sa vision du monde, ce qu'il ressent et ce qu'il pense et être capable de lui communiquer votre compréhension. Mais, ce n'est pas de la sympathie, qui, elle, se définit comme s'apitoyer sur quelqu'un sans vraiment le comprendre.
- **Regard positif inconditionnel** : Traiter la personne avec un respect sincère. Être gentil, détendu, faire en sorte qu'elle se sente à l'aise.

²⁰ Barnes-Ceeney, K., & Naylor, A. (2005). *Communication Skills for Social Workers: A trainers manual*. UNICEF and VSO. Consulté à l'adresse <https://www.unicef.org/tdad/vsounicefkaocialworkcommunicationskills.doc>

²¹ Adapté de La présentation PowerPoint *Republic of Indonesia UNICEF. (2016). Professional Social Work Training: Para-social Worker Training - Module 5. Presentation. Scie.org.uk*. Consulté à l'adresse https://www.scie.org.uk/assets/elearning/communicationskills/cs02/resource/html/object2/object2_2.htm#slide11

- **Conscience de soi & ouverture** : Être conscient de ses propres attitudes, ses préjugés & sentiments et de la manière dont nos actions influencent les autres. Manifester et exprimer de manière appropriée ses sentiments et pensées personnels, si et seulement si, ils servent l'intérêt supérieur du client.
- **Attitude sans jugement** : Évaluer une situation pour identifier les problèmes et les forces, sans avoir ni exprimer des attitudes critiques.
- **Limites professionnelles** : Contrôler son implication émotionnelle et maintenir l'éthique et les valeurs comme la confidentialité, éviter la discrimination et montrer du respect.
- **Loyauté et cohérence** : Tenir ses engagements et ne pas faire de fausses promesses, ceci met le client en confiance et lui donne un sentiment de sécurité.

SUPPORT DE FORMATION 9B : QUESTIONNAIRE SUR LES VALEURS

	JE SUIS TOUT A FAIT D'ACCORD	JE SUIS D'ACCORD	JE NE SUIS PAS D'ACCORD	JE NE SUIS PAS DU TOUT D'ACCORD
1. Frapper les enfants n'est jamais bien et constitue une forme de maltraitance.				
2. Les filles doivent apprendre à être de bonnes épouses, c'est pourquoi elles devraient faire la plupart des travaux ménagers.				
3. A l'école, il est acceptable d'utiliser une chicotte pour discipliner les enfants.				
4. Il est important de permettre aux garçons d'apprendre à cuisiner afin qu'ils puissent vivre de manière autonome plus tard.				
5. Il est inadmissible que l'argent de la charité soit gaspillé pour des familles où quelqu'un boit trop.				
6. Dénoncer un cas de maltraitance risque d'aggraver les choses pour l'enfant ; il vaut donc mieux ne rien faire ou ne rien dire.				
7. Les enfants handicapés sont plus en danger d'être maltraités que les autres enfants.				
8. Il est peu probable que le personnel employé pour travailler avec les enfants les maltraite.				
9. Les garçons sont moins susceptibles que les filles d'être victimes de violence sexuelle.				
10. Les filles choisissent souvent d'être enceintes pour pouvoir accéder à l'argent et à des privilèges.				
11. Si une fille tombe enceinte, elle doit rester à la maison, devenir mère et ne plus retourner à l'école.				
12. Les enfants doivent respecter leurs aînés et ne pas en dire de mal, quoi qu'ils disent ou fassent.				

SUPPORT DE FORMATION 10 : LES CARTES DES EMOTIONS

Bonheur/joie

Surprise

Tristesse

Colère

Ennui

Dégoût

SUPPORT DE FORMATION 11A : LA COMMUNICATION AVEC LES ENFANTS

Table : Les besoins de l'enfant en communication en fonction de son âge²²

0 A 6 ANS	7 A 10 ANS	11 ANS ET PLUS
<ul style="list-style-type: none">▪ Se savoir aimé(e) et en sécurité▪ Développer des sentiments positifs sur soi-même et les autres▪ Savoir que la gamme d'émotions et de peurs qu'il ressent est dans la norme▪ Avoir le plaisir d'apprendre et d'expérimenter de nouvelles choses▪ Développer de la résilience en apprenant à « rebondir » et à chercher de l'aide	<ul style="list-style-type: none">▪ Encourager des sentiments positifs sur soi-même, les autres et le monde qui l'entoure▪ Explorer et tester ses propres idées, compétences et talents▪ Être guidé pour utiliser son potentiel de manière positive▪ Voir ses sentiments ou angoisses compris et respectés	<ul style="list-style-type: none">▪ Être informé et guide vers une vie d'adulte, y compris sur les comportements sexuels responsables et/ou à risque▪ Avoir des modèles de vie forts et positifs, ayant un code moral exemplaire▪ Voir ses opinions et idées reconnues et respectées▪ Être autorisé à apprendre de ses erreurs et à corriger ses comportements autodestructeurs

DANS VOTRE TRAVAIL, COMMUNIQUER COMME PTS ²³ AVEC LES ENFANTS

1. Toujours saluer le tuteur ou les parents dans votre travail avec les enfants.
2. Dans la mesure du possible, commencez et terminez chaque visite en saluant les parents/tuteur et en demandant des nouvelles de la famille, les changements qui ont eu lieu depuis votre dernière visite, etc. Vérifier les actions et décisions précédentes.
3. Vous présenter à l'enfant.
4. Même si vous connaissez déjà l'enfant, il est important qu'il comprenne qui vous êtes et pourquoi vous voulez lui parler. Ne croyez pas qu'il sache ce dont vous voulez lui parler.
5. Prévoir et prendre assez de temps.
6. Assurez-vous d'avoir prévu assez de temps pour l'entretien, afin qu'à la fin de celui-ci, l'enfant contrôle ses sentiments. Ne quittez jamais un enfant en pleurs. Si vous avez peu de temps, évitez de susciter des émotions fortes à l'enfant. Essayez plutôt de lui donner un soutien positif pour les efforts qu'il fait.
7. Se mettre à la place de l'enfant.
8. Rappelez-vous votre enfance et pensez à la réaction que vous auriez eue si vous étiez dans sa situation. Comportez-vous comme vous auriez aimé qu'un adulte se comporte avec vous enfant. Adressez-vous à l'enfant d'une manière adaptée à son âge et à sa maturité. Par exemple, ne parlez pas de la même manière à un adolescent qu'à un enfant de 7 ans.
9. Ne pas faire pression sur l'enfant.

Soyez patient. Ne forcez pas un enfant à parler. L'enfant vous parlera s'il se sent à l'aise avec vous. Quand l'enfant commence à parler, prêtez-lui toute votre attention. Si ce n'est pas possible, trouvez un autre moment pour parler – ce peut être dix minutes plus tard ou à

²² Adapté de Kolucki MA, B., & Lemish PhD, D. (2011). *Communicating with Children: Principles and Practices to Nurture, Inspire, Excite, Educate and Heal*. United Nations Children's Fund. Consulté à l'adresse https://www.unicef.org/cwc/files/CwC_Web.pdf

²³ Adapté de Yekokeb Berhan Programme for Highly Vulnerable Children. (2014). *Better Parenting Training for Caregivers of Highly Vulnerable Children (Facilitator's Manual)*. Addis Ababa: Pact Ethiopia. Consulté à l'adresse <https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/Yekokeb%20Berhan%20Training%20Manual.pdf>
Cet exercice est inspiré à l'origine de Namiba Red Cross & Red Crescent Society. (2009). *Helping Hands: A Practical Manual on How to Assist OVC for Home Based Care Volunteers*. Namiba Red Cross & Red Crescent Society.

un autre moment qui vous convient à tous les deux - et assurez-vous d'être présent. Gardez toutefois à l'esprit que reporter une conversation peut entraîner le fait que l'enfant ne veuille plus parler. Il vaut toujours mieux écouter un enfant dès qu'il veut aborder un problème.

8. Respecter la vie privée de l'enfant.

Il est important de bien choisir l'endroit où converser avec l'enfant : il faut que ce soit aussi intime que possible (assez loin de personnes qui pourraient écouter), mais pas trop caché des autres pour éviter toute suspicion.

9. Se mettre en position de face-à-face.

Trouvez un lieu où vous pouvez être au même niveau que l'enfant (face-à-face), où il pourra voir que vous vous intéressez à ce qu'il raconte. Regardez l'enfant même s'il regarde ailleurs. Garder un contact visuel et vous pencher vers l'enfant sont des attitudes qui montrent que vous l'écoutez attentivement.

10. Aidez l'enfant à se détendre.

Démarrez la conversation de manière simple, sur des sujets de discussion faciles pour l'enfant. Par exemple, vous pouvez lui demander ce qu'il a fait hier ou quelle est son activité préférée. Petit à petit, vous pouvez commencer à aborder des sujets plus sensibles. Il vous faudra peut-être rencontrer l'enfant et lui parler plusieurs fois avant d'aborder des sujets difficiles. Si l'enfant a la bougeotte, se ronge les ongles ou est agité, ne faites pas attention à son malaise. Vous pouvez amener une pierre ou un petit objet qu'il peut tripoter pendant que vous parlez.

11. Écouter attentivement.

Accordez votre pleine attention à l'enfant et à ce qu'il dit. Montrez, par des gestes ou des attitudes, que vous l'écoutez attentivement et que ce qu'il dit vous importe. Soyez attentif aux besoins de l'enfant ; à son confort physique ou à respecter une certaine distance entre vous. (Ne vous détournez pas de lui, ne faites pas signe ou n'appellez pas d'autres personnes qui passent, ne consultez pas vos notes, etc.).

12. Parler peu et écouter beaucoup.

Ne prétendez pas savoir ce que l'enfant veut vous dire. Demandez des précisions si nécessaires, mais n'interrompez pas l'enfant quand il parle. Faites des pauses dans la conversation pour clarifier ce que l'enfant a dit. Posez des questions courtes, en utilisant un langage simple et direct. Ne critiquez pas l'enfant s'il ne comprend pas mais reformulez plutôt votre question en termes plus simples.

13. Accepter les sentiments de l'enfant.

Montrez à l'enfant que vous essayez de comprendre ce qu'il dit en commentant ou en résumant le tout. Permettez à l'enfant d'exprimer les émotions qu'il ressent et assurez-le que de tels sentiments sont naturels et compréhensibles.

14. Agir : ne pas seulement parler.

Beaucoup d'enfants aiment être actifs et il leur est souvent plus facile de partager/d'exprimer leurs sentiments à travers une activité. Jouer ensemble, dessiner, raconter des histoires, partager des tâches, faire une balade, ou toute autre activité à laquelle vous pensez, peut les aider à se sentir à l'aise pour aller vers vous.

15. Garder vos échanges confidentiels.

L'enfant a besoin de savoir que vous n'allez pas bavarder et raconter partout ce qu'il vous a confié. A une exception près, quand vous apprenez que l'enfant est en danger. Si vous estimez qu'il est important de rapporter certaines choses que vous avez entendues aux autres membres de la famille, alors, il faut d'abord en parler à l'enfant et lui faire comprendre pourquoi il est nécessaire d'en parler à d'autres. Soyez à l'écoute de ses sentiments et tentez de prendre en compte ses préoccupations.

16. Ne dire que des choses vraies.

L'enfant peut vous demander de faire des choses pour lui. Restez honnête avec lui par rapport à ce que vous pouvez ou ne pouvez pas faire pour l'aider et assurez-vous qu'il vous a bien compris.

17. Ne pas finir l'entretien brutalement.

A la fin d'une conversation, résumez ce qui a été dit. Demandez à l'enfant comme il se sent maintenant. Félicitez-le et encouragez et faites-lui savoir quand vous reviendrez. Dites-lui que vous êtes heureux d'avoir passé du temps avec lui et ajoutez (si approprié) que vous ferez tout votre possible pour qu'il reçoive l'aide supplémentaire dont il/elle a besoin. Ne lui promettez pas l'impossible ou ce que vous ne pourrez pas tenir ; ne lui donnez pas de faux espoirs.

SUPPORT DE FORMATION 11B : ÉTUDES DE CAS SUR LA COMMUNICATION AVEC LES ENFANTS

GROUPE 1 - ENFANTS AGES DE 0 A 6 ANS

Vous travaillez avec un comité communautaire de protection de l'enfant. Des membres de ce comité ont exprimé des inquiétudes quant à une famille de la zone. Ils disent que la mère a des difficultés pour s'occuper de ses enfants et que le plus âgé semble toujours s'occuper des plus jeunes. Le ménage est composé de la mère et de trois enfants, âgés de 9 mois, 2 ans et 4 ans.

Quand vous leur rendez visite, accompagné d'un de vos collègues, vous constatez qu'ils sont vraiment très pauvres. La mère s'inquiète de la raison de votre visite. Vous commencez tous les deux à expliquer à la maman ce qui se passe. Pendant la discussion, les enfants crient et la mère peut difficilement se concentrer.

Pendant que votre collègue continue de parler avec la mère, vous prenez les enfants à part et essayez d'établir gentiment une relation avec les trois.

Afin de savoir si les enfants souffrent et si oui, de quoi ils souffrent, vous commencez à leur parler doucement. Vous ne voulez pas leur poser trop de questions avant d'avoir obtenu l'accord de leur mère, mais vous voulez établir les bases d'une relation positive.

Dans votre groupe, discutez les questions suivantes :

- Donnez quelques exemples pratiques de manières d'aborder les enfants, d'établir une relation de confiance et de communiquer avec eux en fonction de leur âge. Quelles communications verbales et non-verbales pourriez-vous utiliser ?
- Quels sont les choses les plus importantes à faire et à ne pas faire durant cette première rencontre avec les enfants ?
- Avec quelles autres personnes ou organisations pourriez-vous travailler pour assurer un dialogue continu avec les enfants ?

GROUPE 2 - ENFANTS AGES DE 7 A 10 ANS

Vous travaillez avec une ONG locale qui dirige un club de loisir pour enfants ayant perdu leurs parents. On vous a demandé de parler avec les enfants du groupe qui sont à l'école primaire. Vous décidez de rencontrer un groupe de 4 enfants, âgés de 7 à 10 ans et de leur demander ce qu'ils aimeraient faire dans un club.

Dans votre groupe, discutez les questions suivantes :

- Donnez quelques exemples pratiques de manières d'aborder les enfants, d'établir une relation de confiance et de communiquer avec eux en fonction de leur âge. Quelles communications verbales et non-verbales pourriez-vous utiliser ?
- Quels sont les choses plus importantes à faire et à ne pas faire durant cette première rencontre avec les enfants ?
- Avec quelles autres personnes ou organisations pourriez-vous travailler pour assurer un dialogue continu avec les enfants ?

GROUPE 3 - JEUNES ADOLESCENTS DE 10 A 14 ANS

Vous avez fait la connaissance de certains des garçons qui vendent des boissons dans la rue que vous prenez pour vous rendre à votre travail au centre d'éducation pour enfants des rues.

Vous aimeriez comprendre pourquoi ils travaillent dans la rue, ce qu'ils aiment dans ce travail et à quels problèmes ils sont confrontés. A terme, vous espérez qu'ils viennent se présenter au centre d'éducation pour enfants des rues mais vous ne voulez pas les forcer ni aller trop vite.

Dans votre groupe, discutez les questions suivantes :

- Donnez quelques exemples pratiques de manières d'aborder les jeunes adolescents, d'établir une relation de confiance et de communiquer avec eux en fonction de leur âge. Quelles communications verbales et non-verbales pourriez-vous utiliser ?
- Quels sont les choses plus importantes à faire et à ne pas faire durant la première rencontre avec les garçons ?
- Avec quelles autres personnes ou organisations pourriez-vous travailler pour assurer un dialogue continu avec les garçons ?

GROUPE 4 - ADOLESCENTS PLUS AGES, DE 15 A 19 ANS ET PLUS

Vous travaillez dans un groupe de soutien VIH à Kinshasa. Vous aimeriez démarrer un groupe de soutien pour adolescents vivant avec le VIH. Vous organisez une rencontre à la clinique locale pour traitement VIH avec deux jeunes femmes, âgées de 16 et 17 ans, qui viennent d'être diagnostiquées séropositives au VIH et ont commencé un traitement.

Vous aimeriez discuter avec elles de ce qu'elles pensent d'un groupe de soutien pour des jeunes de leur âge et couvrir des questions telles que : est-ce que le groupe doit être ouvert aux deux sexes ou à un seul, qu'attendraient-elles de ce groupe, comment aimeraient-elles qu'il fonctionne. Vous savez qu'elles ont déjà, toutes les deux, révélé leur état au groupe de soutien VIH mais vous ne savez pas si elles en ont parlé à d'autres, en dehors de ce groupe.

Dans votre groupe, discutez les questions suivantes :

- Donnez quelques exemples pratiques de manières d'aborder les jeunes femmes, d'établir une relation de confiance et de communiquer avec elles au vu de leur âge. Quelles communications verbales et non-verbales pourriez-vous utiliser ?
- Quels sont les choses les plus importantes à faire et à ne pas faire durant la première rencontre avec les jeunes femmes ?
- Avec quelles autres personnes ou organisations pourriez-vous travailler pour assurer un dialogue continu avec les jeunes femmes ?

LES DEFINITIONS DU HANDICAP²⁴

Les travailleurs sociaux vont probablement travailler avec des enfants handicapés ou des enfants vivant dans une famille où un adulte est handicapé. Les déficiences peuvent être physiques, intellectuelles/mentales ou sensorielles.

Les expériences des individus relatives au handicap sont très diverses. Il y a différents types d'incapacité et les individus en sont affectés différemment. Certaines personnes souffrent d'une incapacité, d'autres de plusieurs, certaines personnes sont nées avec, d'autres peuvent l'avoir au cours de leur vie.

Globalement, les causes les plus courantes du handicap sont :

- Les maladies chroniques (le diabète, les maladies cardiovasculaires et le cancer, entre autres) ;
- Les blessures (dues, par exemple, à des accidents de la route, à des conflits, une chute ou un champ de mine) ;
- Les problèmes de santé mentale ;
- Les anomalies congénitales ;
- Le VIH, le SIDA et les autres maladies transmissibles.

Le terme '**enfants handicapés**' est utilisé pour désigner les enfants de 18 ans ou moins qui 'présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres.' (Convention relative aux Droits des Personnes Handicapées, Article 1)

La Convention relative aux Droits des Personnes Handicapées souligne donc que ce n'est pas seulement le fait d'être handicapé qui importe, mais aussi le fait qu'il existe des barrières dans l'environnement et dans l'attitude des individus qui empêchent les personnes souffrant d'une déficience de participer à la société sur un pied d'égalité avec les autres.

Les principaux faits concernant les enfants avec un handicap révèlent que²⁵ :

- Les enfants pauvres courent plus de risques de devenir handicapés en raison de soins de santé inappropriés, de la malnutrition, de l'absence d'accès à l'eau potable et à l'assainissement de base et de conditions de vie et de travail dangereuses.
- Une fois handicapés, ils sont plus susceptibles d'être privés des ressources de base qui permettraient d'atténuer ou de prévenir l'aggravation de la pauvreté. La pauvreté et le handicap se renforcent mutuellement, entraînant ainsi l'augmentation de la vulnérabilité et de l'exclusion.
- Les enfants sont non seulement nés avec des incapacités, mais peuvent ensuite être atteints d'incapacité au cours leur enfance, à la suite d'une maladie, d'un accident, d'un conflit ou d'une catastrophe naturelle.
- Une large proportion d'enfants handicapés est privée d'accès aux services de base, y compris l'éducation et les soins de santé.
- Alors que tous les enfants ont le droit de vivre dans un environnement familial, beaucoup d'enfants handicapés continuent de passer la majeure partie ou la totalité de

²⁴ Khasnabis, C., & Heinicke Motsch, K. (2010). *Community-Based Rehabilitation CBR Guidelines* (p. 17). World Health Organization. Consulté à l'adresse http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44405/9/9789241548052_introduitory_eng.pdf

²⁵ Lansdown, G., Mitra, G., Farkas, A., Sabbe, L., Burlyaeva-Norman, A., & Berman-Bieler, R. et al. (2013). *Les enfants et les jeunes handicapés Fiche d'information*. UNICEF. Consulté à l'adresse https://www.unicef.org/disabilities/files/Factsheet_A5-o_french_REV1.pdf

leur vie au sein d'institutions, de centres d'accueil, de foyers de groupes ou d'autres institutions résidentielles.

- Les enfants handicapés sont disproportionnellement exposés à la violence, l'exploitation et l'abus.
- En raison d'obstacles culturels, juridiques et institutionnels, les filles et les jeunes femmes handicapées sont victimes d'une double discrimination, en raison à la fois de leur sexe et de leur handicap.
- Les enfants handicapés sont souvent négligés lors d'une action humanitaire et deviennent encore plus marginalisés, puisque les ressources disponibles sont restreintes dans une situation d'urgence.

Les plus grandes barrières à l'intégration des enfants souffrant d'un handicap sont la stigmatisation, les préjugés, l'ignorance et le manque de formation et de développement des compétences.

Les étapes importantes pour aborder les obstacles rencontrés par les enfants et les adultes handicapés ²⁶

Un large éventail d'obstacles est souvent rencontré par les enfants et les adultes handicapés. Par exemple :

- Les personnes handicapées peuvent avoir une mauvaise estime d'elles-mêmes et pensent qu'elles ne méritent pas ou qu'elles n'ont pas la capacité de participer à des activités et à des manifestations.
- Les membres de la famille peuvent ressentir le fait que l'un d'eux ait un handicap comme une honte et, par conséquent, n'encouragent pas ou ne permettent pas la participation sociale de cette personne.
- Les membres de la communauté peuvent avoir des opinions et des croyances irrationnelles au sujet du handicap, comme par exemple que les lieux saints sont souillés par la présence d'une personne handicapée, que les personnes handicapées sont maudites et doivent être purifiées, que les personnes handicapées ont des pouvoirs surnaturels ou maléfiques.
- Les obstacles physiques à la participation sociale incluent les moyens de transport et les bâtiments inaccessibles.
- Les écoles et les familles peuvent croire que les enfants handicapés sont incapables d'apprendre ou ont peur que ces enfants ne puissent s'intégrer dans une école 'normale'.

L'assistant social a un rôle important en :

- Traitant les enfants et les familles vivant avec un handicap sur le même pied que les autres – en voyant l'enfant ou l'adulte comme une personne à part entière et non pas seulement à travers son handicap.
- S'assurant que l'enfant et/ou la famille ont accès aux évaluations essentielles sur sa santé ou son handicap et en défendant leurs droits à recevoir des soins médicaux ou de réhabilitation et l'aide nécessaire dont ils ont besoin dans leur vie de tous les jours.
- En identifiant des moyens qui permettent aux enfants et aux familles de pleinement participer à la vie scolaire et sociale, en défendant leurs droits et en leur permettant d'accéder à des groupes sociaux mettant les enfants et les familles en relation avec des groupes de soutien quand nécessaire.

²⁶ Organisation mondiale de la Santé. (2013). *Réadaptation à base communautaire Guide de RBC*. Genève: Organisation mondiale de la Santé. Consulté à l'adresse http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44523/3/9789242548051_social_fre.pdf

Communiquer avec des enfants et des adultes handicapés ²⁷

- Se rappeler qu'une déficience ne signifie pas que la personne est handicapée dans d'autres domaines – un enfant souffrant de paralysie générale peut avoir du mal à parler mais son intelligence n'est en rien affectée.
- Découvrir à l'aide de la personne soignante, quel type de communication fonctionne le mieux – souvent, un membre de la famille aura identifié le moyen le plus efficace pour communiquer quand des obstacles existent.
- Si l'enfant a du mal à rester attentif, essayer de capter son attention en proposant des chansons, des jeux ou en faisant du bruit (quelques cailloux dans une boîte métallique, par exemple) ; maintenir les choses brèves et simples. C'est souvent à travers des jeux qu'un enfant qui a du mal à parler ou écouter, peut s'exprimer grâce aux expressions de son visage.
- Mêler le geste à la parole quand vous parlez à un enfant d'objets ou d'événements familiers. Si la famille n'utilise pas le langage officiel des signes, pensez aux gestes les plus simples pour décrire les membres de la famille, les amis, l'école, les jeux extérieurs, les voitures, etc.
- Donner du temps à l'enfant ou à l'adulte pour communiquer sans qu'il se sente bousculé.
- Dans le cas des enfants qui ont du mal à communiquer, par exemple pour un enfant atteint d'infirmité motrice cérébrale, un tableau rempli de photos d'événements quotidiens peut être un moyen utile pour communiquer ses envies et ses besoins, en plus des sons qu'il émet.

CONSEILS CLES D'UN PARENT D'UN ENFANT HANDICAPÉ ²⁸:

1. Interagissez avec l'enfant: La plus grande erreur que font les adultes quand ils rencontrent un enfant ayant des difficultés à communiquer est de ne pas interagir directement avec l'enfant. Chaque enfant peut réagir différemment, mais il est important de continuer à communiquer directement – essayez de demander aux parents si l'enfant aime les questions ou s'il préfère raconter des histoires, trouvez les obstacles physiques et ce qui fonctionne avec les parents. Utilisez les mêmes règles de conversation polie que vous utiliseriez avec toute autre personne – présentez-vous et expliquez quel est votre lien avec l'enfant. Selon les besoins particuliers de l'enfant, il peut être nécessaire de lui prendre la main, de placer une main sur son épaule ou même de vous toucher l'un l'autre pour faire une bonne introduction. Dites-lui toujours ce que vous faites et gardez autant que possible un contact visuel.
2. Observez en permanence : certains enfants handicapés peuvent avoir du mal à parler quand ils se sentent mal à l'aise, alors pensez toujours à faire attention à la communication non verbale.
3. Utilisez votre bon sens – avant d'interagir avec l'enfant, pensez à ce qui pourrait lui permettre de se détendre et de se sentir en sécurité.
4. Soyez flexible – soyez ouvert au changement si quelque chose ne fonctionne pas, afin de donner le plus de chances à l'enfant pour qu'il comprenne et maîtrise de nouvelles compétences. Pensez à comment présenter les informations de différentes manières, à

²⁷ World Health Organization. Rehabilitation Unit. (1997). *Let's communicate: A handbook for people working with children with communication difficulties*. Geneva: World Health Organization. Consulté à l'adresse <http://apps.who.int/iris/handle/10665/63851>

²⁸ Wang, K. (2012). *8 Important Tips For Working With A Special Needs Child - Friendship Circle - Special Needs Blog. Friendship Circle — Special Needs Blog*. Consulté à l'adresse <http://www.friendshipcircle.org/blog/2012/10/15/8-important-tips-for-working-with-a-special-needs-child/>

un enfant ayant un handicap physique, ou à un enfant qui a du mal à comprendre des idées complexes.

5. Soyez cohérent – appliquez les règles de façon constante à chaque rencontre avec l'enfant et la famille, ou avec tous les enfants avec lesquels vous travaillez dans le groupe, de sorte que l'enfant sache qu'il n'est pas traité différemment, que la confiance soit instaurée et qu'il sache à quoi s'attendre.
6. Utilisez des indices visuels, auditifs ou tactiles pour faciliter l'apprentissage à l'enfant. Cela peut signifier d'utiliser des images pour aider l'enfant à se souvenir, de chanter plutôt que de parler afin que l'enfant associe la mélodie à l'action, de le toucher doucement à l'épaule ou de lui donner un tissu doux à caresser pour qu'il se sente plus en sécurité.
7. Ayez un plan et un « plan B » (de secours). Tout comme la flexibilité, veillez à donner à l'enfant (et à vous-même) un délai/temps de réflexion au cas où une activité proposée ne fonctionnerait pas.
8. Soyez positif – une attitude positive est la qualité la plus importante pour quiconque travaille avec des enfants handicapés et peut faire en sorte que l'enfant se sente aimé et apprécié, ce qui est bien plus important que de lui 'enseigner' une nouvelle compétence.

SUPPORT DE FORMATION 11D : ÉTUDES DE CAS SUR LA COMMUNICATION AU-DELA DES OBSTACLES

GROUPE 1 :

Vous rendez régulièrement visite à une famille où la mère et le père luttent tous les deux contre de graves problèmes d'abus d'alcool. Les enfants sont aimés. Des membres de la famille élargie vivent tout près. Puisque les enfants veulent rester avec leur parents, votre priorité est d'aider les parents à faire face à leur problème d'abus d'alcool.

En général, quand vous rendez visite, la mère a déjà consommé de l'alcool. Elle est souvent trop saoule pour parler clairement.

Comment est-ce que vous pouvez planifier votre communication avec elle ?

GROUPE 2 :

Vous soutenez une grand-mère qui est tutrice de trois enfants. Elle semble parfois avoir des troubles de mémoire et être désorienté en raison de son âge. Les enfants sont bien soignés. Comment est-ce que vous pourriez communiquer avec la grand-mère et quelles mesures est-ce que vous pourriez prendre pour assurer que les enfants et leur grand-mère soient pris en charge ?

GROUPE 3 :

Vous soutenez une jeune mère célibataire qui vit seule et s'occupe de son enfant de deux ans. Elle n'a aucun membre de sa famille (proche ou élargie) vivant à proximité. Vous remarquez que son enfant n'a pas encore commencé à parler. Elle rit et elle crie, mais ne formule aucun mot. Qu'est-ce que vous pourriez faire pour aider la mère, qui n'a pas encore exprimé des soucis par rapport au développement de son enfant ? Comment est-ce que vous pourriez communiquer avec la mère au sujet de son enfant ?

GROUPE 4 :

Vous travaillez dans un centre d'accueil pour enfants. Il y a plusieurs enfants dans le centre qui ne participent pas aux jeux avec d'autres enfants. Le personnel dit que ces enfants sont 'affectés' et qu'ils sont venus au centre à cause d'accusations de sorcellerie par leur famille. Ils semblent très jeunes d'esprit et ne savent pas parler clairement. Vous croyez qu'ils ont des difficultés d'apprentissage. Quelles actions est-ce que vous pourriez mener pour soutenir ces enfants ? Quels seraient les besoins de soutien du personnel du centre et des familles des enfants et qu'est-ce que vous pourriez faire pour qu'ils reçoivent le soutien dont ils ont besoin

GROUPE 5 :

Vous rendez régulièrement visite à une famille dans votre voisinage où il y a un enfant qui ne sait pas marcher. L'enfant a dix ans, mais il n'a encore jamais été à l'école et en général on le laisse à l'intérieur de la maison assis par terre. Comment est-ce que vous pourriez communiquer avec l'enfant ? Quel soutien et quelles interventions est-ce que vous pourriez mener pour soutenir cet enfant ?

SUPPORT DE FORMATION 12A : NOTIONS FONDAMENTALES CONCERNANT LE VIH

Note : Ce support est un duplicata du Support de formation 5b du cours de première année

Définitions :

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine, le virus se multiplie dans le corps et, sans traitement, provoque le Sida

SIDA : Syndrome d'ImmunoDéficience Acquis ; Le système immunitaire de la personne s'écroule et la personne tombe gravement malade d'une infection après l'autre

S	Syndrome - Un ensemble de signes et de symptômes
I	Immuno - Système Immunitaire = Les défenses de notre corps
D	Déficience - Qui manque
A	Acquis - Ni congénitale, ni héréditaire = Le VIH s'attrape

Être séropositif : signifie porter le virus du VIH dans son corps. Donc un séropositif est une personne qui vit avec le virus VIH (PVV)

HISTOIRE NATURELLE DE L'INFECTION A VIH

En général, on distingue 4 phases d'évolution de l'infection à VIH jusqu'à l'éclosion du Sida :

PHASE 1 : PRIMO-INFECTION

Dans les deux ou trois semaines qui suivent l'infection, des manifestations d'allure pseudo-grippale peuvent se présenter chez 20 à 30% des personnes infectées. Les autres ne présentent rien du tout.

On parle alors de « primo-infection » ; ce qui correspond à la **Période fenêtre** (période muette) : la personne est testée séronégative, car les anticorps anti VIH ne sont pas encore en quantité détectable dans son sang. Tandis que la **Séroconversion** va correspondre au moment où les anticorps contre le VIH sont détectés dans le sang.

PHASE 2 : ASYMPTOMATIQUE

C'est une période très longue appelé phase d'incubation, au cours de laquelle il n'y a aucune manifestation clinique. Elle peut aller de 8 à 10 ans.

L'infection à VIH peut être mise en évidence seulement par le test de sérologie.

PHASE 3 : SYMPTOMATIQUE

Elle est caractérisée par l'apparition de diverses manifestations cliniques suite à la destruction progressive du système de défense de l'organisme. On observe au cours de cette période un syndrome de lymphadénopathie persistante généralisée ainsi que des signes constitutionnels inexplicables (perte de poids, fièvre prolongée, diarrhée chronique, dermatoses généralisées etc.)

PHASE 4 : SIDA

Il se caractérise par une dégradation avancée du système immunitaire, ouvrant ainsi la voie aux infections opportunistes et aux cancers et tumeurs. Les infections sont provoquées par des microbes qui ne sont pas habituellement pathogènes pour l'organisme humain.

N.B : La **période d'incubation** qui correspond à la période qui sépare le jour de la pénétration du virus dans l'organisme du jour de l'apparition du premier signe clinique, dure

en moyenne de 6 mois à 15 ans mais le temps maximum de cette période n'est pas connu et varie d'un individu à un autre.

VOIES DE TRANSMISSION

Les modes de transmission du VIH sont :

1. **La voie sexuelle**, lors de rapports sexuels non protégés avec une personne atteinte (de 90% des cas du SIDA se transmettent par cette voie)
2. **La voie sanguine** ; par le contact du sang d'une personne saine avec du sang des personnes infectées (transfusion du sang contaminé 5%, les objets tranchants perçant la peau (2%))
3. **La voie périnatale** : Environ 3 à 8% cas de transmission se fait de la mère infectée à son enfant pendant la grossesse, l'accouchement ou pendant l'allaitement.

MOYENS DE PREVENTION

La prévention des IST et du VIH/SIDA se fait essentiellement suivant trois moyens ci-après, correspondant aux trois voies de transmission :

- La sexualité à moindre risque :
 - C'est l'ensemble d'attitudes, des dispositions ou des comportements à adopter sur le plan sexuel de manière à éviter les conséquences d'une activité sexuelle à risque.
- Les composantes de la sexualité à moindre risque sont :

L'abstinence : C'est le fait de s'interdire les rapports sexuels.

- C'est la méthode la plus sûre pour prévenir les IST/VIH (SIDA) car elle offre une garantie de protection à 100 % ;
- Elle permet de développer d'autres formes d'expression sexuelle ;
- Elle concerne principalement les personnes non mariées ;
- C'est un comportement sexuel sans risque.

La bonne fidélité : C'est le fait de n'avoir des rapports sexuels qu'avec son conjoint ou sa conjointe.

- Pour que la bonne fidélité réussisse, il faut que les deux conjoints soient mutuellement fidèles ;
- La bonne fidélité c'est entre deux conjoints connaissant leurs statuts sérologiques ; il faut donc au préalable se faire dépister pour connaître sa sérologie.
- C'est un comportement sexuel à moindre risque ;
- Elle concerne les personnes adultes engagées dans une union stable.

Le préservatif : C'est un dispositif (étui) souple en latex ou en polyuréthane que l'on place sur l'organe de copulation de l'homme ou de la femme pour éviter la transmission des IST et du VIH / SIDA

- L'usage du préservatif devra être correct et constant pour tout rapport sexuel occasionnel ou avec un partenaire non régulier
- Le préservatif n'assure pas une protection à 100%
- Les homosexuels (HSH et FSF) devront l'utiliser avec un lubrifiant à base d'eau pour être à l'abri de l'infection au VIH

Le dépistage : consiste à se faire examiner (tester) pour savoir si l'on est infecté ou non

La Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME) : C'est un ensemble de dispositions, de méthodes et de pratiques préconisées pour empêcher la transmission du VIH de la mère

à l'enfant aussi bien au cours de la grossesse, pendant l'accouchement que pendant l'allaitement.

- Pour que la PTME soit efficace, on doit connaître la sérologie de la femme le plus tôt possible et elle doit être prise en charge par un personnel médical qualifié ;
 - Il est donc important que les femmes enceintes fréquentent les centres appropriés pour la CPN (Consultation prénatale) dès le début de leurs grossesses.
- La prévention de la transmission par la voie sanguine : C'est un ensemble de précautions universelles, de dispositions et de comportements adoptés pour prévenir la transmission du VIH par la voie sanguine.

Les précautions les plus importantes sont :

- La sécurité transfusionnelle : Elle consiste à exiger du sang dûment testé pour toute transfusion sanguine.
- L'utilisation des objets tranchants ou perçants à usage unique et/ou à usage personnel.
- La stérilisation correcte des objets tranchants ou perçants à usage multiple et/ou à usage collectif avant toute utilisation.
- Le port de gants pour toute manipulation de sang ou contact avec le sang.

N.B. Après une exposition au risque, il est conseillé de contacter un médecin ou une structure médicale, pour bénéficier de la Prophylaxie Post Exposition dans les 72 heures (3jours).

SUPPORT DE FORMATION 12B : SOUTENIR LA DIVULGATION DU VIH LORSQU'ON TRAVAILLE AVEC DES ENFANTS²⁹

QU'EST-CE QUE LA DIVULGATION ?

La divulgation est la décision prise par une personne séropositive d'informer les autres de son état.

La divulgation chez les enfants vivant avec le VIH fait référence au parent ou à la personne prenant soin de l'enfant, qui informe l'enfant de sa maladie et de la nécessité de prendre des médicaments. Cela peut réduire les craintes que l'enfant pourrait avoir, l'aider à comprendre, à prendre sa santé en main, ainsi qu'à s'assurer qu'il n'infecte pas d'autres personnes.

Pour les enfants plus âgés et qui sont conscients de leur état, la divulgation signifie aussi la décision d'informer les autres de leur état.

QUELS SONT LES AVANTAGES ET LES RISQUES DE LA DIVULGATION?

La divulgation peut aider les personnes à accepter leur séropositivité et à réduire le stress d'y faire face seules.

La divulgation peut aider les personnes à accéder aux services médicaux et à d'autres soutiens nécessaires.

La divulgation peut aider les personnes à se protéger et à protéger les autres. La franchise sur leur séropositivité peut aider les femmes à négocier des rapports sexuels protégés.

La divulgation peut aider à réduire la stigmatisation, la discrimination et le déni entourant le VIH.

La divulgation encourage la responsabilisation. Cela peut encourager les proches d'une personne à planifier le futur.

Cependant, la divulgation peut aussi avoir des conséquences négatives dont des problèmes relationnels avec les partenaires sexuels, la famille, les amis, les membres de la communauté, l'employeur ou les collègues et du rejet.

CE A QUOI IL FAUT PENSER AVANT DE PARLER DU VIH AVEC DES ENFANTS

Toute aide en matière de divulgation à un enfant, quelle que soit la personne qui offre cette aide, doit tenir compte de l'âge de l'enfant, de son niveau de maturité émotionnelle et de toute dynamique familiale qui peut avoir une incidence sur cela.

Au début, la précision du diagnostic est moins importante pour les jeunes enfants.

Au fur et à mesure qu'ils grandissent, les enfants doivent être pleinement informés de la nature et des conséquences de leur maladie et être encouragés à participer activement à leurs propres soins médicaux.

Les enfants plus âgés et les jeunes récemment diagnostiqués ont peut-être déjà saisi qu'ils sont malades et la découverte de leur séropositivité peut être un soulagement.

²⁹ Adapté de : World Education Inc. (2013). *The Integrated Management of Paediatric AIDS/HIV Care and Treatment and PMTCT (IMPACT)*. World Education Inc. Consulté à l'adresse http://www.worlded.org/WEIInternet/inc/common/download_pub.cfm?id=16980&lid=3

COMMENT LES TRAVAILLEURS SOCIAUX PEUVENT-IL AIDER?

Si un prestataire de soins demande à un travailleur social de discuter et de planifier la procédure de divulgation avec les parents ou avec des personnes qui s'occupent de l'enfant, il faut, en premier lieu, découvrir qui d'autre soutient la famille.

Idéalement, le travailleur social travaille avec une personne ayant reçu une formation de conseiller en VIH.

Si la personne qui prend soin de l'enfant (parent/tuteur) ou l'enfant **lui-même** disent explicitement qu'ils ne veulent pas partager l'information avec quiconque, parce qu'ils ont confiance en la capacité du travailleur social à les soutenir, le travailleur social doit s'assurer qu'ils peuvent parler à une personne qualifiée en soins VIH, afin de discuter du cas et d'obtenir des informations et de l'aide sans rompre la confidentialité du parent/tuteur ou de l'enfant.

Le travailleur social peut:

- Encourager les parents/tuteurs à dévoiler leur statut aux enfants à un moment opportun
- Aider les parents/tuteurs à planifier la divulgation: réfléchir à l'avance aux questions que l'enfant pourrait soulever et à la manière dont ils pourraient y répondre tout en tenant compte de l'âge de l'enfant
- Donner des brochures et des dessins qui aident la personne qui prend soin de l'enfant à expliquer le VIH et les traitements du VIH. Ceux-ci sont disponibles dans les cliniques VIH.
- Répondre aux questions des parents/tuteurs des enfants sur la maladie – qu'est-ce que l'infection et comment vous rend-elle malade ?
- Les parents/tuteurs pourraient souhaiter la présence d'ACS pour les soutenir lorsqu'ils parlent à leurs enfants, mais ce qui est important c'est le fait que ce soit les parents eux-mêmes qui informent les enfants
- Aider l'enfant à comprendre les avantages (et les risques) du traitement
- Aider l'enfant et les parents/tuteurs à décider à qui l'enfant devrait en parler
- Aider et préparer les parents/tuteurs et les enfants à faire face aux réactions des autres sur leur statut
- Reconnaître les signes de dépression et de déni et fournir un soutien en santé mentale ou procéder aux référencement nécessaires.

LA DIVULGATION AUX AUTRES

LA DIVULGATION PEUT ETRE COMPLETE OU PARTIELLE.

La divulgation complète signifie rendre publique le statut sérologique, sans aucun effort pour ne pas en informer les autres. Ce procédé est fréquent pour les militants du VIH, les champions, mais ne convient pas à tout le monde.

La divulgation partielle est plus courante et signifie que les personnes sont informées sur la base du 'besoin de savoir'. Donc, les prestataires de soins de santé et les membres de la famille sont informés, mais c'est l'enfant qui décide à qui d'autre le dire ou ne pas le dire. Il peut être utile que les enseignants soient tenus au courant du statut sérologique de l'enfant, mais c'est à l'enfant de décider. Si la divulgation se fait de manière partielle, ceux qui sont mis au courant devraient savoir qu'ils doivent garder cette information pour eux-mêmes.

LA DIVULGATION PAR DES JEUNES

- Les travailleurs sociaux peuvent aider les jeunes à bien réfléchir aux avantages et aux inconvénients et à anticiper avant de dévoiler leur séropositivité. Ils peuvent les encourager à penser aux implications de la divulgation et à envisager comment ceux à qui ils décident de parler pourraient réagir. Les jeunes doivent être sûrs que c'est ce qu'ils veulent faire et doivent prévoir la manière de le faire.
- Il peut être difficile de décider si on dévoile ou non son statut à des amis ou à des partenaires sentimentaux, qui peuvent paraître importants sur le moment même, mais peuvent rapidement passer à autre chose et garder ou pas la confidentialité.
- Il faut encourager les jeunes à préparer un « plan » de divulgation, à décider qui ils vont informer en premier, comment et où ils le feront, et quel sera le niveau de divulgation.
- Divulguer progressivement plutôt qu'à tout le monde à la fois peut être mieux.
- Il est important de choisir la/les personne(s) à qui divulguer avec soin ; ces personnes devraient être ouvertes, mûres, empathiques et solidaires.
- Veiller à ce que l'heure et le lieu pour la divulgation soient bien choisis.
- Identifier les sources de soutien, comme les groupes pour personnes vivant avec le VIH, les membres des églises ou des organisations en conseil/suivi psychologique.

LE DEPISTAGE DE VIH CHEZ LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS :

La loi portant protection des personnes vivant avec le VIH, art. 37 dit que :

« Le test de dépistage du VIH sur un enfant ou sur tout autre incapable est pratiqué avec le consentement des parents ou du tuteur, selon le cas, sauf si leur intérêt supérieur l'exige. ».

En ce moment, un plaidoyer se fait envers le parlement pour modifier cet article de Loi :

- Pour donner la possibilité, surtout aux adolescents, d'avoir une voix plus importante en termes de consentement, en:
- Elevant l'âge de consentement de l'enfant à 16 ans
- Donnant la possibilité aux travailleurs sociaux de faciliter le dépistage VIH auprès de l'enfant, selon l'urgence et le besoin.

SUPPORT DE FORMATION 12C : NOTIONS ESSENTIELS SUR LE COUNSELING

1. INCITATION AU DEPISTAGE

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

- Aux adultes adolescents ou enfants présentant des signes, symptômes ou pathologies, évoquant une infection par le VIH/SIDA ;
- Pour le nouveau-né de mère séropositive ;
- Pour les enfants présentant une croissance insuffisante ou un état de malnutrition sans réponse à une thérapie nutritionnelle adaptée ;
- Aux hommes demandant une circoncision à titre préventif.

N.B. Cette procédure systématique respecte toujours le droit de la personne de refuser le test.

II. LE COUNSELING

2. LE COUNSELING PRE TEST

Pour préparer psychologiquement la personne et l'appuyer dans une démarche volontaire de demande d'un test de dépistage, l'intervenant doit créer un environnement favorable à l'écoute et à l'échange.

Pour cela, l'intervenant observe autant les démarches verbales que les signes non verbaux (nervosité, panique, angoisse) de la personne.

En règle générale, la personne doit être informée sur :

- L'infection par le VIH
- Les avantages du dépistage du point de vue clinique et préventif, ainsi que les risques potentiels (discrimination, abandon ou acte de violence),
- Les possibilités de prise en charge en cas de résultat positif : lieux et personnes, procédures à suivre, services proposés et coûts financiers,...
- Le fait que le choix de faire un dépistage doit être consenti et qu'il peut être refusé sans entraver l'accès du patient à des services de soins ;
- Le fait que le résultat restera confidentiel ;
- La réalisation d'un nouvel entretien à l'annonce du résultat et la possibilité d'être écoutée à nouveau.

N.B. En cas de refus, lui dire clairement qu'elle peut revenir à tout moment pour continuer la discussion et l'entretien.

3. LE COUNSELING POST-TEST

a. Après d'une personne séronégative

L'annonce d'un statut sérologique négatif est l'occasion dont doit se saisir l'intervenant pour amener la personne à réfléchir sur ses comportements et les moyens à mettre en œuvre pour rester séronégatif.

Si un doute existe concernant la durée entre le dernier acte potentiellement à risque et le test de dépistage, expliquer le résultat avec des informations sur la période de latence avant l'apparition des anticorps anti-VIH qui ne seront détectés qu'au bout de 6 semaines à 3 mois selon le test utilisé.

Dialoguer avec la personne sur les moyens de prévention disponibles pour elle et leur utilisation.

b. Après d'une personne séropositive

Le counseling est axé sur le soutien psychosocial pour faire face à l'impact émotionnel de l'annonce du résultat.

De manière générale :

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

SUPPORT DE FORMATION 12D : TRAVAIL EN GROUPE SUR LE SOUTIEN A LA DIVULGATION DU VIH

GROUPE 1 :

Vous travaillez avec une famille vulnérable composée du père, de la mère et de quatre jeunes enfants qui vous ont été référés car ils sont extrêmement pauvres, n'ont pas de famille élargie et sont sans emploi. Vous leur rendez visite et tentez de les mettre en contact avec un groupe local qui gère un programme générateur de revenus. Durant vos discussions avec la mère et le père, ils évoquent une 'maladie' qu'eux-mêmes et leur plus jeune enfant ont. Vous sentez une certaine tension entre le père et la mère.

- De quelles manières, pouvez-vous ou devez-vous discuter de la maladie avec les adultes de la famille ?
- Une fois que les parents vous ont dévoilé que la maladie est le VIH, quel soutien clé pouvez-vous offrir ?
- De quel soutien les enfants peuvent-ils avoir besoin ?
- Comment pouvez-vous obtenir de l'aide d'autres intervenants clés ?

GROUPE 2 :

Vous travaillez avec un groupe local de soutien pour mères célibataires et veuves, toutes séropositives. Vous leur rendez visite pour travailler avec elles sur le rôle parental et les soins à donner à leurs enfants. Les mamans qui viennent régulièrement attirent votre attention sur un membre du groupe qui a cessé de venir. Elles vous disent que cette personne a des problèmes avec son traitement et qu'elle s'inquiète pour l'avenir de son enfant. Cet enfant est âgé de 5 ans. Vous acceptez d'aller rendre visite à la mère que vous avez déjà rencontrée à plusieurs occasions. Elle sait que vous êtes au courant de sa séropositivité.

- De quelles manières, pouvez-vous ou devez-vous expliquer la raison de votre visite ?
- Quel soutien pouvez-vous offrir à la maman ? Comment pouvez-vous assurer un suivi ?
- De quel soutien l'enfant peut-il avoir besoin ?
- Comment pouvez-vous obtenir de l'aide d'autres intervenants clés ?

GROUPE 3:

Vous travaillez avec une ONG locale qui gère un refuge pour enfants des rues. Une des filles du refuge a un très jeune enfant ; elle-même a autour de 15 ans. Les prestataires de soins du refuge vous expliquent qu'ils sont très inquiets pour cette fille ; ils savent qu'elle vend son corps la nuit pour pouvoir nourrir son enfant mais ils s'inquiètent car elle pourrait avoir le VIH. Ils aimeraient que vous en discutiez avec elle. Vous avez déjà une bonne relation avec la fille et lui avez parlé à plusieurs reprises de sa santé reproductive et d'un soutien pour elle et son enfant.

- De quelles manières, pouvez-vous ou devez-vous soulever le problème avec la fille ?
- Quel soutien pouvez-vous offrir à la fille ? Comment pouvez-vous assurer un suivi ?
- De quel soutien son enfant peut-il avoir besoin ?
- Comment pouvez-vous obtenir de l'aide d'autres intervenants clés ?

GROUPE 4 :

Vous travaillez avec un adolescent dans un centre d'hébergement local. Le centre a récemment commencé un programme de réinsertion et vous les aidez dans la recherche et la réunification des familles. Un des membres du personnel de ce centre vous dit que cet enfant ne peut être réinséré. Il vous dit que cet enfant a contracté le VIH et a été

abandonné par son grand-père, qui vient lui rendre visite une fois par mois ou tous les deux mois. Il vous dit que rien n'a été dit à l'enfant car cela lui ferait trop de peine.

- De quelles manières, pouvez-vous ou devez-vous discuter du problème avec le personnel du centre ?
- Quel soutien pouvez-vous offrir au garçon ? Comment pouvez-vous assurer un suivi ?
- De quel soutien le garçon peut-il avoir besoin ?



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



4Children
Coordinating Comprehensive Care for Children



IntraHealth
Because health workers save lives.



Maestral.

