

MANUEL D'ACCOMPAGNEMENT PSYCHOSOCIAL DES SURVIVANT(E)S DE VIOLENCE BASÉE SUR LE GENRE

>>> guide méthodologique



Ministerie van Buitenlandse Zaken



MINISTÈRE
DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA MICRO FINANCE
RÉPUBLIQUE DU BÉNIN

SOMMAIRE



01

Généralités sur les violences basées sur le genre

- 1.1. Principes et définitions
- 1.2. Types et formes de VBG
- 1.3. Conséquences des VBG
- 1.4. Problématiques spécifiques aux enfants victimes de violences et adolescentes enceintes

P.09



02

Accompagnement psychosocial des survivant(e)s de VBG

- 2.1. Cadre réel (dispositif) d'écoute
- 2.2. Accueil et mise en confiance
- 2.3. Déroulement des entretiens
- 2.4. Écoute active
- 2.5. Résolution des urgences
- 2.6. Référencement
- 2.7. Enquête sociale
- 2.8. Réinsertion scolaire ou professionnelle et réintégration

P.19



03

Focus sur les enfants et adolescentes enceintes

- 3.1. Entretiens avec l'enfant survivant de violences
- 3.2. Cas particulier d'un enfant survivant de violences sexuelles
- 3.3. Cas particulier de l'adolescente enceinte

P.35

SIGLES ET ACRONYMES

AS	: Assistant Social
CAPE	: Centre d'Accueil et de Protection des Enfants
CIPEC	: Centre Intégré de Prise en Charge
CPS	: Centre de Promotion sociale
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
MdM	: Médecins du Monde
OCPM	: Office Centrale de Protection des Mineurs
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisations Non Gouvernementales
SIDA	: Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VBG	: Violence Basée sur le Genre
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine



INTRODUCTION

Les violences basées sur le genre (**VBG**) constituent une préoccupation omniprésente en matière de droits humains partout dans le monde et plus particulièrement au Bénin.

Le **gouvernement béninois** a adhéré et adopté un ensemble de textes et conventions internationales, protocoles, déclarations stipulant la lutte et la répression de toutes les formes de violences et de discriminations contre les femmes. De même, au plan national, plusieurs textes de loi ont été pris pour lutter contre les VBG. Depuis la mise en place des procédures standardisées en 2014, des avancées ont été constatées dans les moyens de lutte contre les VBG. C'est le cas de la création des Centres Intégré de Prise en Charge des survivant(e) de VBG (**CIPEC-VBG**).

Malgré ces efforts pour éradiquer le phénomène, la situation perdure. Les VBG laissent sur les survivants/es des conséquences aux plans physique, psychologique, social et économique. Ces conséquences n'épargnent pas les enfants qu'ils soient directement victimes ou exposés à la violence conjugale. Pour aider ces survivant(e)s à reprendre le cours normal de leur vie, une prise en charge est indispensable. Elle permettra de réparer les dommages physique, psychologique, social et juridique à leur égard. Une telle prise en charge nécessite l'intervention de plusieurs spécialistes comme le médecin, le juriste, l'assistant social et le psychologue.

Dans cette prise en charge, le premier accueil et la première écoute constituent une phase primordiale pour le rétablissement des survivants/es. Or dans la quasi-totalité des unités de prise en charge (Centre de Promotion Sociale (**CPS**), CIPEC, Centre d'Accueil et de Protection de l'Enfant (**CAPE**), Organisation Non Gouvernementale (**ONG**), tribunaux, etc.), les Assistants Sociaux (**AS**) sont les premiers acteurs à accueillir, écouter, soutenir et orienter les survivants/es de VBG. Ils jouent un rôle déterminant dans la prise en charge des survivants/es. Mais actuellement, il n'existe aucun document de référence uniformisé pour un accompagnement psychosocial de qualité.

C'est pour combler ce vide que **Médecins du Monde Suisse et UNICEF** ont initié en collaboration avec le Ministère des Affaires Sociales et de la Microfinance l'élaboration de ce guide.

Ce guide servira de support technique aux acteurs sociaux, notamment les AS, à l'effet de renforcer leurs compétences en matière d'accompagnement psychosocial des survivants/es de VBG en général, des enfants et adolescentes enceintes en particulier. En d'autres termes, ce guide permettra d'améliorer leur pratique d'accueil, d'écoute, de soutien et d'orientation des survivants/es de VBG.



Chapitre 1. **Généralités sur les violences basées sur le genre**

1.1. Principes et définitions

1.1.1. Principes Directeurs des Nations Unies en matière de Prévention et de Traitement des VBG

PRINCIPES DE PRÉVENTION DES VIOLENCES

La prévention des violences tient à un certain nombre d'actions :

- Conduire de vastes programmes de sensibilisation de la population sur les dérives que constituent les violences sous toutes leurs formes, et sur les conséquences dramatiques qu'elles ont sur la société ;
- Traduire l'égalité entre l'homme et la femme dans les programmes d'enseignement.
- Renforcer l'implication de l'Etat pour la formation du corps professoral, des professionnels médicaux, paramédicaux et sociaux pour la lutte contre les violences faites aux femmes ;
- Réinsérer les jeunes filles victimes de violences ;
- S'assurer que le secteur public et le secteur privé accompagnent les actions de ceux qui interviennent dans les luttes contre les violences ;
- Respecter la dignité de la personne humaine en matière de publicité ;
- La Haute Autorité de l'Audiovisuelle et de la Communication (HAAC) doit veiller au respect du genre dans les médias et se doit de sanctionner les médias mis en cause. Elle doit vérifier le contenu des productions audiovisuelles avant leur diffusion ;
- L'Etat a l'obligation de promouvoir à travers les structures socio-sanitaires, la détection précoce des cas de violences à l'encontre des femmes et surtout pour les cas de viol ;
- L'Etat a l'obligation de promouvoir les institutions judiciaires et parajudiciaires pour une prise en charge de cas de violences à l'encontre des femmes ;
- L'Etat doit promouvoir, divulguer et expliquer l'arsenal juridique existant en matière de protection des victimes de violences.
- L'appropriation des Procédures Opérationnelles Standard de Prévention et de Traitement des Violences Basées sur le Genre au Bénin.

PRINCIPES QUI RÉGISSENT LA PRISE EN CHARGE DES VICTIMES DE VIOLENCES

Les acteurs, intervenants et prestataires qui œuvrent dans la prise en charge des victimes de violences, doivent tenir compte de principes qui régissent la prise en charge des victimes de violences.



DROITS DE LA VICTIME

Ils doivent être conscients de ce que toute victime a le droit :

- D'être traitée avec dignité et respect ;
- De choisir ;
- Au respect de sa vie privée et à la confidentialité ;
- De ne pas subir de discriminations ;
- À l'information.

A EVITER



Sachant cela, les personnes en première ligne au contact avec les victimes doivent donc éviter:

- Toutes attitudes consistant à blâmer la victime ;
- Tous propos infantilisants ;
- Toute communication de sentiment de honte ;
- Toutes Discriminations fondées sur le sexe ou l'origine ethnique ;
- Toute sensation d'impuissance.



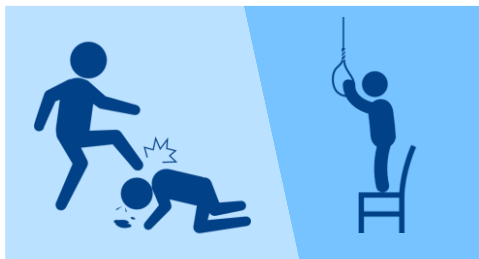
A RESPECTER

Les principes suivants sont à respecter dans le cadre du travail avec les victimes :

- Garantir la sécurité ;
- Garantir la confidentialité ;
- Respecter les souhaits, les besoins et les capacités de la victime. ;
- Traiter la victime avec dignité ;
- Veiller à montrer que l'on est là pour la victime ;
- Fournir des informations et gérer les attentes ;
- Veiller à une orientation adéquate.

1.1.2. Quelques définitions

VIOLENCE



Il y a une multiplicité de définitions en ce qui concerne la violence. Toutefois, celle qui retient notre attention afin de faciliter l'évaluation scientifique est celle de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Selon l'OMS, la violence est définie comme : « *La menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un mal-développement ou des privations.* » (OMS, 2002, p.29).

DIFFÉRENCIER SEXE ET GENRE

Sexe : se réfère à l'ensemble des caractéristiques biologiques qui distinguent le mâle de la femelle (les hommes des femmes) dans les espèces vivantes.

Genre : a trait non à la différence, mais à la différenciation sociale et culturelle des sexes. Il sert à évoquer les rôles qui sont déterminés socialement, les comportements, les activités et les attributs qu'une société considère comme appropriés pour les hommes et les femmes (par ex. époux/épouse), mais aussi entre femmes (mère/fille) et entre les hommes (père/fils).

Tableau 1: Tableau comparatif sexe et genre

SEXE	GENRE
Homme et femme	"Masculin" et "féminin"
Est physique	Est social
Déterminé biologiquement	Déterminé socialement
Inné	Acquis
Universel	Fixé par la société et appris par les individus
Invariable, interchangeable	Notion variable d'une société à l'autre selon l'âge, la classe, la religion, l'ethnie, etc.

VIOLENCE BASÉE SUR LE GENRE



Selon la Mission de l'Organisation des Nations Unies pour la Stabilisation en RD Congo (MONUSCO), la violence basée sur le genre (ou sexospécifique) est la violence dirigée spécifiquement contre un homme ou une femme du fait de son sexe ou qui affecte les femmes ou les hommes de façon disproportionnée. Les rapports hommes/femmes étant la plupart du temps régis par une relation de pouvoir inégale où les hommes ont un rôle social dominant, ce sont les femmes qui sont le plus souvent les victimes de ce type de violence.

VICTIME ET SURVIVANT(E)

Le terme de victime a été défini par l'Assemblée générale des Nations Unies : *« On entend par victimes des personnes qui, individuellement ou collectivement, ont subi un préjudice, notamment une atteinte à leur intégrité physique ou mentale, une souffrance morale, une perte matérielle*

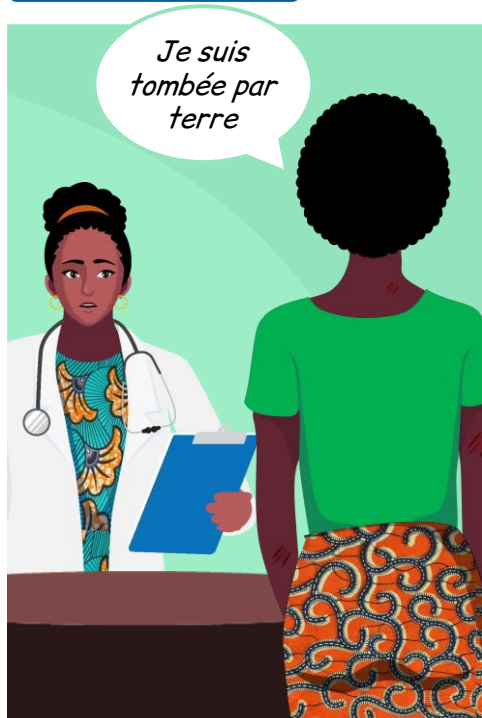
ou une atteinte grave à leurs droits fondamentaux, en raison d'actes ou d'omission(s) qui enfreignent les lois pénales en vigueur dans un État membre [...] ou les normes internationalement reconnues en matière de droits de l'Homme. »

Au terme de « *victime* » de violences liées au genre, certains spécialistes anglophones ou hispanophones préfèrent le terme de « *survivant* ». Cette préférence est fondée sur la conception qu'une victime de violences devient « survivante » lorsqu'elle cesse de subir ce préjudice et surtout lorsqu'elle décide de refuser de supporter davantage de violence. Les partisans de cette terminologie considèrent que la personne a survécu à la violence subie. Le terme « survivant » est ainsi utilisé pour souligner la force de la personne, et son refus de s'inscrire dans un processus de victimisation.

Les termes « victime » et « survivant(e) » peuvent être employés indifféremment .

- Le terme de « **victime** » est souvent utilisé dans les secteurs juridique et médical ;
- Le terme « **survivant(e)** » lui est généralement préféré dans les secteurs de l'aide psychologique et du soutien social, car il implique une résilience.

VICTIME-PATIENT



Il s'agit d'une personne victime de violence qui se rend à l'hôpital pour des soins liés à cette violence sans faire état des agressions qu'elle a subies. Elle va se faire consulter, sans révéler la cause des symptômes. Le personnel de santé doit donc être **assez vigilant et suffisamment bien formé** pour reconnaître les signes physiques et psychologiques pouvant laisser présumer d'actes de violence. La méconnaissance des causes des symptômes peut nuire à un bon diagnostic et à la qualité des soins dispensés.

VICTIME DIRECTE

VICTIME INDIRECTE

Le degré d'implication des victimes de violence dans l'événement traumatisant amène à distinguer les victimes directes et les victimes indirectes.

La victime directe peut avoir été sujet (avoir subi) ou témoin (avoir vu) de l'acte de violence.

La victime indirecte, quant à elle, « *n'a pas été témoin de l'événement, mais est concernée par lui et/ou par ses conséquences du fait de sa proximité émotionnelle avec la victime directe. Les victimes indirectes sont toutes les personnes proches d'une victime primaire perturbées par l'expérience de cette dernière. Les victimes indirectes sont aussi appelées victimes par ricochet.* »



1.2. Types et formes de violence(s) basée(s) sur le genre

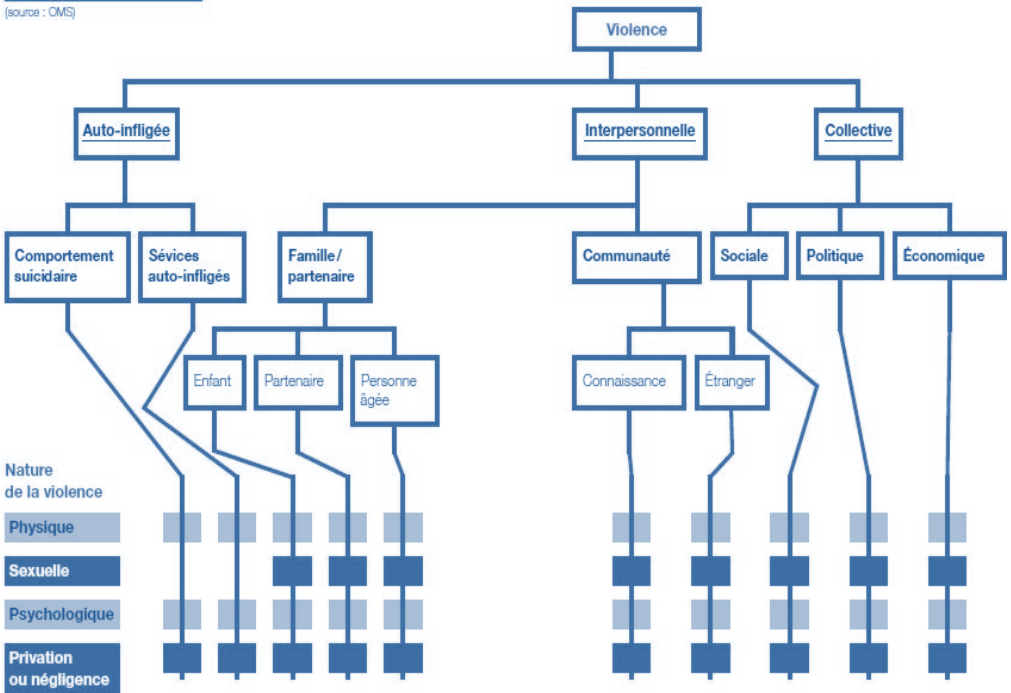
En se référant à l'OMS (2002), on peut retenir deux classifications des violences : la classification selon les situations et caractéristiques des auteurs nommée **type de violences** et la classification selon la nature des actes nommée forme de violences.

Ces deux classifications sont résumées dans les figures ci-dessous.

TYPES DE VIOLENCES

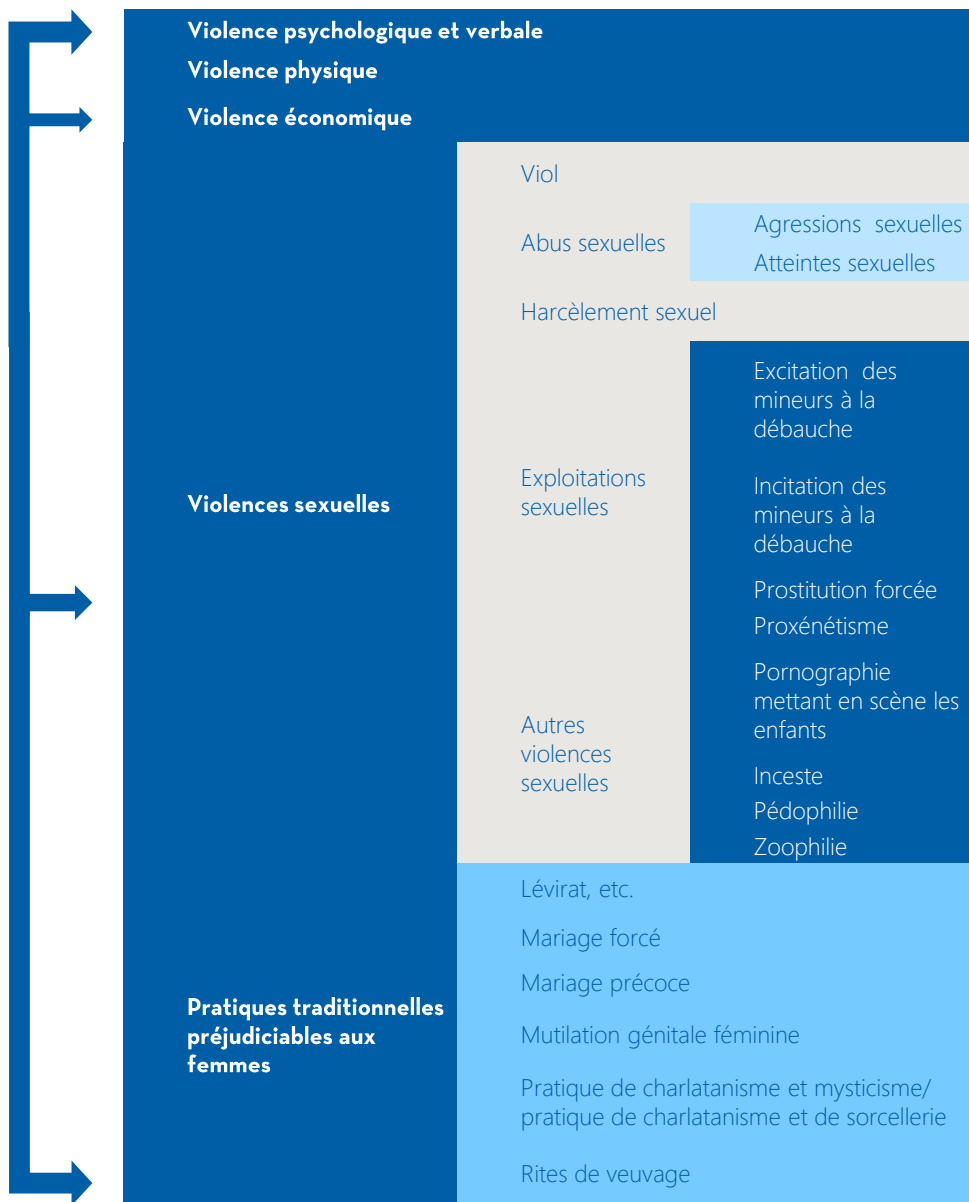
TYPLOGIE DE LA VIOLENCE

(source : OMS)



Source : (OMS, 2002)

FORMES DE VIOLENCES



1.3. Conséquences des VBG

Tableau II: Conséquences des VBG

CONSÉQUENCES SANITAIRES	Conséquences sur la santé physique	<ul style="list-style-type: none"> • Fractures, • Lésions ou maladies chroniques, • Féminicide, • Suicide, etc.
	Conséquences sur la santé reproductive	<ul style="list-style-type: none"> • Troubles gynécologiques, • IST dont le VIH / SIDA, • Grossesses non désirées et les, • Problèmes obstétriques : avortements non médicalisés, • Suicides, etc.
	Conséquences propres aux violences sexuelles	<ul style="list-style-type: none"> • Blessures physiques ayant des répercussions sur la santé de la reproduction (notamment par la destruction des tissus reproductifs et génitaux), • Grossesses non désirées et contamination IST dont le VIH / SIDA, • Avortements non médicalisés qui peuvent entraîner : des hémorragies, des infections,
CONSÉQUENCES PSYCHOLOGIQUES	Troubles psychologiques chez le/la survivant(e)	Peur, anxiété, angoisse, colère/ hostilité, culpabilité, honte isolement/distanciation, perte de confiance, perte d'estime de soi, labilité émotionnelle, soumission et emprise de son mari (dans le contexte des violences conjugales), toxicomanies, syndrome psycho traumatique.
	Troubles mentaux chez le/la survivant(e)	Dépression majeure, troubles thymiques, troubles anxieux, troubles phobiques, troubles conversifs, troubles psychosomatiques, troubles psychotiques, etc.
CONSÉQUENCES SOCIALES ET ÉCONOMIQUES	Frais de justice, frais liés aux soins de santé, pertes de ressources à cause des arrêts de travail, frais en matière de déperdition scolaires, etc.	

1.4. Problématiques spécifiques aux enfants victimes de violences et adolescentes enceintes

1.4.1. Formes de violences envers les enfants

En plus des formes de violences précédemment citées, on peut avoir :



La maltraitance de l'enfant ;

La négligence, ou privation ou manque de soins ;



L'exposition de l'enfant à la violence conjugale.

1.4.2. Conséquences des violences sur les enfants

Tableau III: Conséquences des VBG sur les enfants

Conséquences psychologiques

- Cauchemars intenses et répétitifs,
- niveau exceptionnel de colère et d'agressivité,
- phobies soudaines, comme la crainte de l'obscurité,
- incontinence fécale ou urinaire,
- niveau extrêmement faible d'estime de soi,
- sentiment de désarroi,
- troubles de l'alimentation,
- sentiment de culpabilité,
- difficultés à maintenir une identité cohérente,
- dégoût de soi, autodépréciation, une haine de soi.

<p>Conséquences sur le comportement</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Retards du développement, • cramponnement, timidité extrême et peur des étrangers, • problèmes de socialisation avec les camarades, • grossesse à l'adolescence, • comportements autodestructeurs, • absentéisme scolaire et fugues, • délinquance et prostitution, • consommation de drogues ou d'alcool à un jeune âge, • troubles alimentaires (anorexie, boulimie) surtout chez les filles, • suicides et tentatives de suicide.
<p>Conséquences sur la santé physique</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Problèmes de poids, qui se présentent souvent sous forme de troubles alimentaires, • troubles du sommeil grave et étourdissement à l'état de veille, • problèmes gastro-intestinaux, migraines, problèmes respiratoires, hypertension, douleurs continues, douleurs et éruptions cutanées, • traumatismes crâniens.
<p>Conséquences sur les études</p>	<ul style="list-style-type: none"> • baisse du rendement scolaire, • redoublement, • rythme de travail et d'apprentissage inférieur à la moyenne, • échec et décrochage scolaire, lesquels ont pour effet d'accroître les risques suivants à long terme : baisse de la productivité, dépendance économique et niveau de satisfaction généralement plus faible dans la vie, à l'âge adulte, • capacité moins grande de se fixer des objectifs scolaires et professionnels à long terme comparativement aux enfants non maltraités.
<p>Conséquences sur les relations interpersonnelles</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Insécurité dans les rapports avec les parents et les dispensateurs de soins, • perte d'amis intimes, • difficulté à faire confiance aux autres, • relations hypersexualisées ou hyperconflictuelles, • insatisfaction chronique dans les relations avec les adultes et peur de l'intimité.
<p>Conséquences de l'exposition à la violence familiale</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Risque accru d'être eux-mêmes violents, • risque de manifester des troubles extériorisés et intériorisés.

VIOLENCES SUBIES ET LEURS CONSEQUENCES SUR L'ENFANT

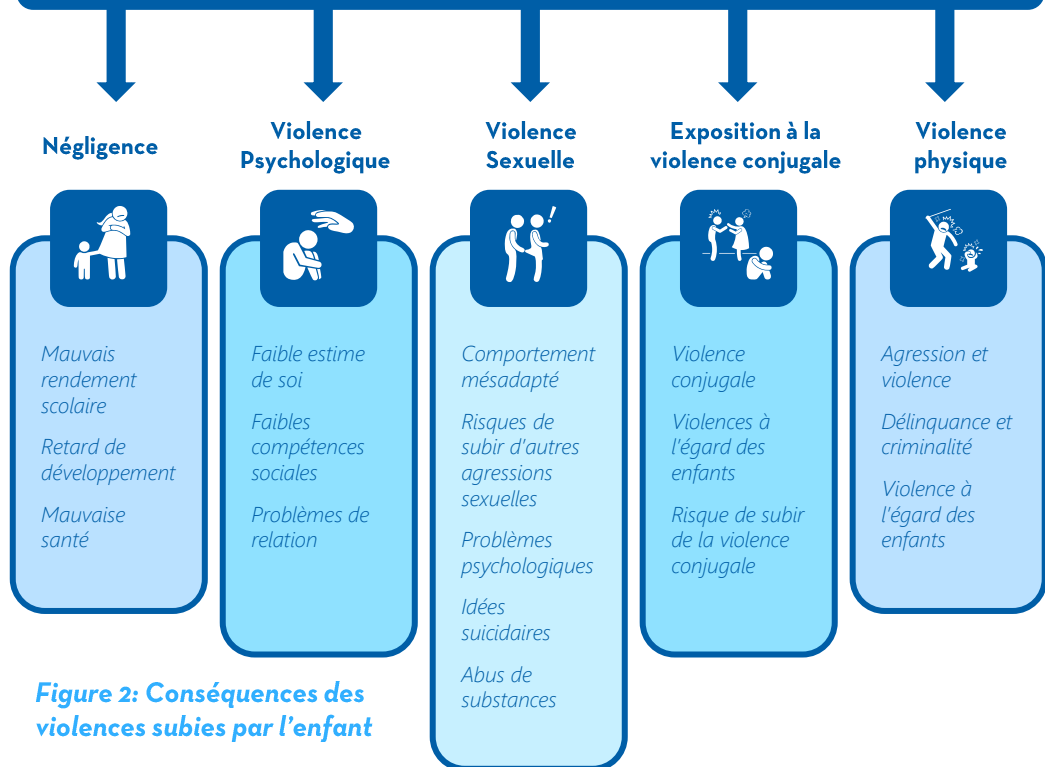


Figure 2: Conséquences des violences subies par l'enfant



1.4.3. Facteurs en lien avec la grossesse à l'adolescence

- **Adolescente isolée, en conflit avec ses parents, parfois rejetée par la famille ;**
- **Adolescente en rupture avec une scolarité dont les résultats sont souvent médiocres engendrant des perspectives d'avenir peu attrayantes ;**
- **Antécédents de séparation traumatique, de placements sociaux fréquents ;**
- **Géniteur(s) en général absent(s) ;**
- **Famille nombreuse, instable ou dissociée**
- **Bas niveau socio-économique ;**
- **Antécédents d'abus sexuels ;**
- **Insuffisance de dialogue au sein de la famille, peu d'accès à la parole, et interdiction d'une (de) sexualité ou d'une (de) contraception ;**
- **Existence d'antécédents de troubles mentaux chez les adolescentes, comme des troubles du comportement à type d'impulsivité (états limites) ou des troubles dépressifs ;**
- **Existence de frères et sœurs plus âgés sexuellement actifs ou sœurs plus âgées ayant eu un enfant à l'adolescence ;**
- **Manque de communication parent-enfant.**

Le Van (1998) fait ressortir cinq catégories de grossesses à l'adolescence qui ont des connotations psychologiques :

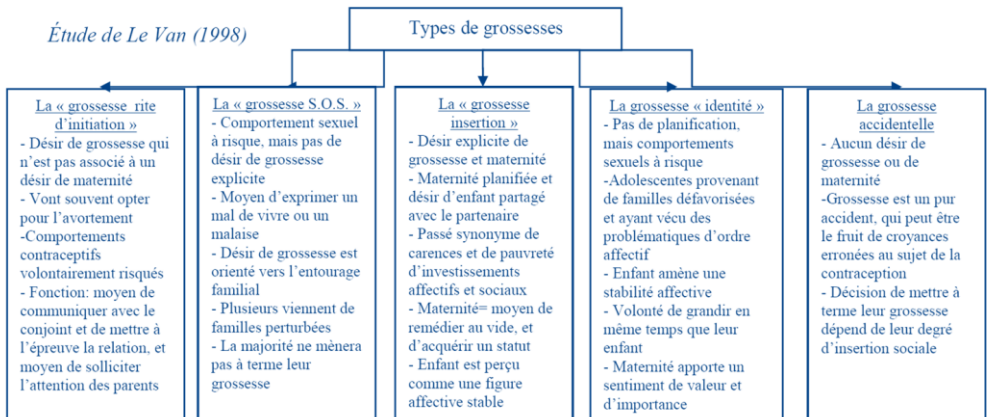


Figure 3 : Types de grossesse



Chapitre 2.

Accompagnement psychosocial des survivant(e)s de VBG

2.1. Cadre réel d'écoute

- Le lieu d'écoute doit permettre de **préserver la confidentialité**, de garantir la sécurité du/de la survivant(e) et de l'aidant. Pour ce qui concerne la sécurité de l'écouter, il serait préférable de disposer les sièges de sorte que ce dernier soit **le plus proche possible de la porte** et veiller à ne pas laisser la clef dans la porte lorsque le cadre d'écoute est une salle ;
- Disposer les chaises de sorte qu'**aucune table** ne sépare la chaise de l'aidant et celle du/de la survivant(e) ;
- Il est **proscrit de décorer** une salle d'écoute avec des objets trop personnels tels que ses photos de famille. La décoration doit être neutre.

2.2. Accueil et mise en confiance

L'accueil prend en compte trois étapes interdépendantes :

- ***Aller chercher à l'arrivée ou aller à la rencontre.***

Il est important que l'écouter(e) fasse la démarche d'aller vers le/la survivant(e) pour lui donner confiance et l'inviter à parler. C'est une façon de lui dire qu'il/elle est la bienvenue dans cet espace et qu'on est disponible à l'écouter. Cette première étape entraîne la seconde.

- ***Recevoir et contenir.***

Recevoir le/la survivant(e) de façon à ce qu'il/elle sente que l'écouter(e) en face de lui/d'elle est disponible et est comme un réceptacle prêt à contenir toute la souffrance qu'elle peut exprimer dans cet espace. Cette étape a pour but de sécuriser la victime.

- ***Être informé de quelque chose.***

S'informer du motif de la rencontre même dans le cas où l'écouter(e) le connaît. Il est quand même important de s'en acquérir à nouveau, car c'est surtout une façon de reconnaître la présence de la personne qu'il/elle a en face de lui/d'elle.

2.3. Déroulement des entretiens

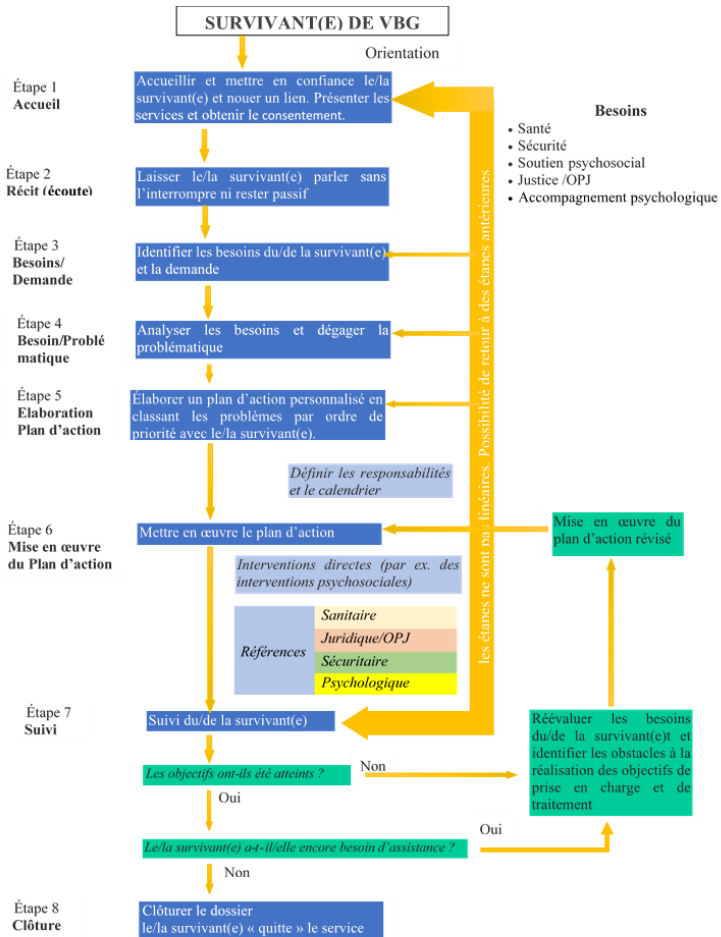


Figure 1 : Étapes d'accompagnement psychosocial des survivant(e)s de VBG

Figure 4 : Étapes d'accompagnement psychosocial des survivant(e)s de VBG

L'accompagnement psychosocial se déroule à travers un entretien d'orientation et d'aide. Il peut, selon la démarche être non directif (libre), semi-directif ou directif. Il est individuel lorsqu'il concerne une seule personne et de groupe s'il s'agit de plus d'une personne.

2.3.1. L'entretien individuel

Dans le cadre de l'accompagnement psychosocial des survivant(e)s de violences, le premier entretien est déterminant et doit être individuel.

Conduite du premier entretien



Étape 1 : Observation : porte d'entrée dans l'entretien

Dès l'arrivée et au cours de tout l'entretien, il est important de bien observer la personne sans pour autant figer son regard sur elle. Observer son langage corporel, comment elle entre dans la salle (**nerveuse, agitée, déconnectée**), comment elle s'installe, quelle est sa position (renfermée, elle tourne et montre plus le dos...).

Étape 2 : Accueil et mise en confiance

- Souhaiter la bienvenue au/ à la survivant(e) en allant si possible à sa rencontre ou se lever pour les salutations d'usage en tenant compte du **contexte culturel et éthique** ;
- Se présenter au/à la survivant(e) (*nom, prénom, et rôle dans la structure*) et présenter sa structure de travail et les services offerts ;
- Donner l'assurance au/à la survivant(e) du bien-fondé de sa démarche (demander de l'aide en cas de besoin /danger est une démarche cruciale) ;

- **Rassurer le/la survivant(e)** que les entretiens vont se dérouler si possible dans le même cadre avec la possibilité d'inclure au besoin d'autres personnes ;
 - Faire savoir au/ à la survivant(e) que les échanges vont porter sur ce qui l'a amené et **sur sa vie privée**. Le/la rassurant de la confidentialité absolue de l'entretien ;
 - Le principe de confidentialité est limité par le recours aux interprètes, lorsque le/la survivant(e) et l'aidant ne parlent pas la même langue. **Faire signer un contrat de confiance à l'interprète** en même temps que son contrat de travail.
 - Dire au/à la survivant(e) qu'il n'y a **pas de mauvaise ou de bonne parole**, tout ce qui sera dit est pris en compte sans jugement et l'encourager à coopérer ;
 - Dire la durée de l'entretien (donner une durée à partir de laquelle l'une des parties peut demander d'arrêter l'entretien. Dans ce cas l'autre partie ne doit pas être frustrée ;
 - Expliquer au/à la survivant(e) l'utilité d'une **prise de note** au cours de l'entretien ;
 - Expliquer au/à la survivant(e) que **l'aide est gratuite** ;
 - Demander comment il/elle trouve la démarche et s'il/elle est d'accord pour commencer l'entretien (**consentement éclairé**) ;
 - Dire au/à la survivant(e) qu'on va prendre quelques renseignements sur lui/elle pour mieux le/la connaître. Ces renseignements concernent son identité et d'autres informations utiles.
- ### Étape 3 : Récit des faits (écoute)
- Demander au/ à la survivant(e) la raison de la consultation. Il s'agira de savoir pourquoi est-il/elle venu(e) consulter. Quel a été l'élément déclenchant. Exemple de question : Pourquoi êtes-vous ici précisément aujourd'hui ? », Quelqu'un vous a conseillé de venir ici ?
 - Demander au/à la survivant(e) de **décrire ce qui s'est passé** (formuler la question de sorte que le/la survivant(e) raconte d'abord les faits actuels, présents) Ne pas l'interrompre pour demander des détails. Attendre qu'il/elle ait terminé son récit tout en n'étant pas passif (voir techniques d'écoute) pour lui demander d'éclaircir certains points ;
 - Expliquer au/à la survivant(e) qu'il/elle **n'est pas obligé(e) de raconter ce qui le/la met mal à l'aise**. Il ne faut rien obtenir du/de la survivant(e) par coercition ;
 - À la fin de son récit, poser quelques questions (voir techniques de l'écoute (questionnement) pour mieux appréhender la situation avec plus de pertinence, il est utile de s'enquérir : du début de la situation de violences vécues, de son évolution, de l'itinéraire pour y répondre.

Étape 4 : identification des besoins et demande du/de la survivant(e)

- Demander au/à la survivant(e) ce qu'il/elle attend de nous (aidant(e) ou structure) et identifier ses besoins ;
- Reformuler la demande pour s'assurer qu'elle est bien comprise (voir technique d'écoute).

Étape 5 : Analyse des besoins et problématique du/de la survivant(e)

- **Relever soigneusement les faits** qui attirent l'attention et la manière dont le/la survivant(e), les ressent ;
- **Être sensible au ton affectif des confidences**, aux silences, aux éventuels **blocages traduisant peine ou anxiété**.
- Lorsque l'aidant(e) perçoit clairement la demande du/de la survivant(e), il peut dégager et isoler clairement les problèmes posés par la demande et identifier les besoins. On n'y parvient pas toujours au premier entretien. Avec la progression du dialogue s'accumulent les éléments dont l'aidant(e) va tenir compte pour dégager clairement les problèmes et identifier les besoins du/de la survivant(e) afin de définir son plan d'action.

Étape 6 : Elaboration d'un plan d'action (Conduite à tenir)

- Évaluer l'aptitude du/de la survivant(e) à utiliser l'aide ;
- Aider le/la survivant(e) à **définir et formuler ses priorités** ;
- Présenter au/à la survivant(e) les différentes solutions possibles aux problèmes selon les priorités afin de lui permettre de prendre une décision en connaissance de cause. L'aidant(e) doit adopter ici une attitude non directive, pour éviter d'influencer le choix du/de la survivant(e) ;
- Dans les situations de violences conjugales, aider le/la survivant(e) à **repérer le cycle de la violence** ;
- Expliquer au/ à la survivant(e) avec clarté et précision quels sont les services dont il (elle) peut bénéficier ;
- Informer au besoin le/la survivant(e) sur :
 - *Les aides et les recours possibles (structures d'accueil, d'hébergement, services hospitaliers, judiciaires, sociaux, de police, etc.) ;*
 - *Les démarches à entreprendre ;*
 - *Le rôle de chaque intervenant (psychologue, assistant social, médecin, policier, juge, etc.) ;*

Conduite des autres entretiens ou suivi

- Ne pas se demander simplement « *Que puis-je faire pour ce/cette survivant(e) ?* », « *Quelles ressources puis-je mobiliser pour l'aider ?* » Il faut s'interroger plutôt ou aussi sur ce que ce/cette survivant(e) serait capable de faire par lui/elle-même si on l'aide à mobiliser les ressources dont il/elle dispose ;
- Clôturer le premier entretien (entretien d'accueil) : Il se termine de l'une des trois manières suivantes :
 - *La problématique identifiée est résolue à la satisfaction du/de la survivant(e). Le cas est classé, clôturé ;*
 - *La problématique identifiée n'est pas résolue ou partiellement résolue. Un nouveau rendez-vous est fixé ;*
 - *Le/la survivant(e) est référencé(e) à un autre service. S'il/elle est capable de régler ses affaires, il suffit de prendre pour lui/elle un rendez-vous ou de lui indiquer seulement l'adresse du service auquel il/elle doit se rendre. S'il/elle est perturbé/e, il faut dans certains cas l'accompagner dans toute sa démarche.*
- Avant de recevoir le/la survivant(e) pour le deuxième rendez-vous, il est important de relire son dossier afin de bien se rappeler des différents sujets discutés et d'éviter de reposer les mêmes questions ;
- Une fois installée, le/la survivant(e) est invité(e) à raconter comment elle va et comment s'est déroulée la période entre la dernière séance et maintenant ;
- Si le/la survivant(e) amène de nouvelles plaintes, il est important de les écouter. Après avoir exploré ces nouvelles difficultés, il est important de voir comment les difficultés déjà mentionnées dans le premier entretien ont évolué ;
- Demander de même au/à la survivant(e) de raconter ce qui s'est bien passé ;
- Renforcer tout ce qui s'est bien passé et encourager le/la survivant(e) à continuer de la sorte ;
- Le plan d'intervention discuté avec le/la survivant(e) au cours du premier entretien doit être rediscuté et si nécessaire révisé ;

REPLISSAGE DE DOSSIER

Pour ne pas oublier les différents éléments observés et discutés au cours de l'entretien, il est recommandé de remplir le dossier directement après chaque entretien, mais pas devant le/la survivant(e).

Les résultats du premier entretien (entretien individuel) peuvent orienter vers d'autres formes d'entretien comme l'entretien de groupe notamment la médiation familiale

- Au cas où le/la survivant(e) a été confronté(e) à beaucoup de difficultés pour la mise en œuvre des solutions, il/elle peut être aidé(e) à faire une liste des différentes activités qui sont devenues difficiles. Elles peuvent ensuite être classées selon l'ordre de complexité et une stratégie peut être discutée pour les affronter en commençant par l'activité la moins difficile, selon le classement. L'approche graduelle peut être utilisée aussi pour renforcer les ressources ;
- La séance est clôturée comme la première fois, en remerciant le/la survivant(e) pour le partage et en la renforçant par rapport aux efforts et l'évolution faits. Comme pour l'accueil, il est important de respecter les us et coutumes pour dire au revoir.

SOINS DE SOI-MÊME

Après chaque entretien de 45-60 minutes, il est important de se débarrasser, de digérer les émotions accumulées au cours de la séance et de prendre soin de soi-même. Ne recevez pas immédiatement un/une autre survivant(e). Donnez-vous 5 à 10 minutes de pause.

RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉCOUTANT(E)

Date de l'écoute
Nom et prénoms
Contact
Fonction
Lieu de l'écoute
Objet : Écoute de Madame/Monsieur

RENSEIGNEMENTS SUR LE/LA SURVIVANT(E)

Nom et Prénoms
Numéro de téléphone
Date et lieu de naissance
Profession
Religion
Ethnie
Situation matrimoniale
Personne à contacter en cas d'urgence
Lieu de résidence
Origine (Département-commune-village)

ÉTAPES DE L'ENTRETIEN

Raison de la rencontre
Description des faits
Identification des besoins/Demande du sujet
Évaluation des besoins/Problématique
Elaboration d'un plan d'action
Mise en œuvre du plan d'action
Résultats obtenus
Causes d'échec éventuel
Évolution et suivi
Remarques et recommandations

Source : Conçue par les consultants à partir de la recherche documentaire

2.3.2. Médiation familiale

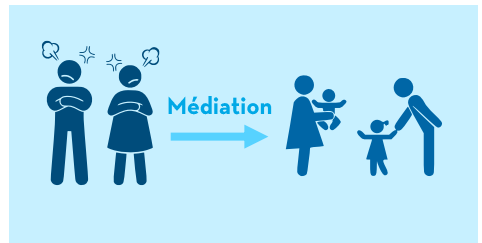


Définition

« La médiation familiale est un processus de construction ou de reconstruction du lien familial axé sur l'autonomie et la responsabilité des personnes concernées par des situations de rupture ou de séparation dans lequel un tiers impartial, indépendant, qualifié et sans pouvoir de décision, le médiateur familial, favorise, à travers l'organisation d'entretiens confidentiels, leur communication, la gestion de leur conflit dans le domaine familial entendu dans sa diversité et dans son évolution . » (Conseil national consultatif de la médiation familiale de Paris, 2003)

But

La médiation familiale vise à : **restaurer la communication, préserver des liens entre les personnes** et plus particulièrement des membres de la famille, aborder les problèmes liés à un conflit familial, prendre en compte de manière très concrète les besoins de chacun, notamment ceux des enfants.



Contexte de la médiation familiale

La médiation familiale s'adresse à des :

- *Parents en situation de séparation, divorce ;*
- *Parents qui cherchent à mettre un terme à des conflits persistants et à pouvoir s'entendre dans l'intérêt supérieur de leurs enfants ;*
- *Jeunes adultes en rupture de lien avec leur famille ;*
- *Grands-parents qui souhaitent conserver des liens avec leurs petits-enfants ;*
- *Fratries qui doivent régler des litiges successoraux ou des situations de parents âgés ;*
- *Etc.*

Médiation familiale en contexte de violences conjugales

La médiation familiale est adaptée dans un contexte de conflit conjugal. Dans le cas de la violence conjugale, contexte difficile, il est indispensable d'évaluer la pertinence de procéder ou non à une médiation.

Confronté à la violence conjugale, trois voies différentes s'offrent au médiateur :

- *Procéder selon les règles habituelles ;*
- *Ne pas procéder à la médiation en cas de violence ;*
- *Procéder à la médiation à condition que la sécurité des individus soit assurée et l'équilibre des pouvoirs de négociation rehaussé.*

2.4. Écoute active

2.4.1. Les étapes de l'écoute active

Étape 1 : Le temps de l'écoute

- Lors de l'écoute, on peut afficher un « *silence positif* », tout en intervenant brièvement par des « *oui, je comprends* », pour montrer à l'interlocuteur qu'on l'écoute ;
- Garder un bon contact visuel avec celui qui parle ;
- Être le miroir des émotions de l'autre est le signal d'une écoute, d'une compréhension.
- Durant l'écoute, il faut éviter des comportements comme :
 - *Bouger des papiers, vérifier l'heure ou prendre des notes excessives ;*

- *Les distractions électroniques : texto, envoi de message, ou jeux pendant qu'on écoute ;*
- *Même si vous pouvez faire deux choses à la fois, ne le faites pas lorsque l'une d'entre elles est l'écoute.*

Étape 2 : Le temps de la clarification

On entend ici par clarifier « *comprendre le sens des mots* ». Si des doutes existent sur certains mots utilisés par le sujet dans son récit, il est possible de lui demander d'y revenir. Le temps de la clarification consiste à poser des questions (question de clarification) au sujet sur les thèmes utilisés et certains gestes observés chez lui pour une meilleure compréhension de sa situation.

Par exemple : **« Que voulez-vous dire par... »** ou **« Que signifie pour vous ce terme ? »**

« Qu'est-ce que vous entendez par... ? » ;
« Que représente pour vous... ? »

« Que ressentez-vous exactement quand... ? »

Étape 3 : Le temps des investigations

C'est le moment d'approfondir pour mieux comprendre le point de vue de l'interlocuteur. L'écouter doit écouter les mots précisément puis décoder leur sens.

Étape 4 : Le temps du feed-back

Dans tout message, il y a deux niveaux de communication : un niveau explicite et un niveau implicite. L'écouter (e) est véritablement compris lorsque le niveau implicite du discours est atteint. Après les trois étapes précédentes, l'écouter(e) doit faire le retour de ce qu'il a compris à l'écouter(e). Par ce retour du sens, l'écouter aura à la fois le sentiment d'avoir été compris et pourra repartir dans son propos du point exact où il s'était interrompu.

2.4.2. Techniques de l'écoute active

Questionnement

- Centrer les questions sur les préoccupations du/de la survivant(e)
- Ne pas poser plus d'une question à la fois.
- Éviter les questions liées au blâme ou suscitant la honte.
- Avant de poser une question, déterminer si elle est légitime et thérapeutique et comment la formulée pour donner son efficacité.
- Les réponses ne peuvent pas être "oui" ou "non".
- Les réponses ne peuvent pas être en un ou deux mots.

Reformulations

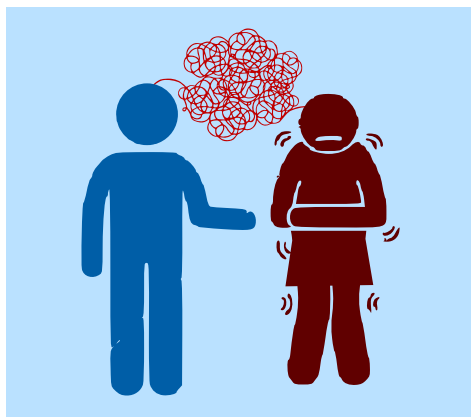
Redire en d'autres termes et d'une manière plus concise ou plus explicite, ce que le client vient d'exprimer, et dans le souci d'obtenir son accord. Ceci induit trois résultats :

- Être certain de ne rien introduire de différent dans l'écoute ;
- Le sujet, s'il se reconnaît dans la reformulation, est certain d'être en bonne voie de se faire comprendre, et il est ainsi conduit à s'exprimer davantage ;
- L'écoutant(e) a fait la preuve qu'il/elle a écouté et compris ce qui était offert.

Il existe trois types de reformulations résumés dans le tableau ci-après :

Empathie

L'empathie est le fait de « *ressentir le monde intérieur du client avec la signification qu'il a pour lui, le ressentir « comme si » il était son monde à soi, sans jamais perdre de vue la qualité du « comme si ».*



Types	Objectifs	Procédé
Reflet (ou miroir)	Vérifier que l'on a bien compris ce que l'écouté(e) voulait dire	Reprendre l'essentiel de ce qui a été dit en termes similaires ou équivalents
Écho	Connaître le sens donné à un mot / une expression qui paraît essentiel	Reprendre le mot clé
Résumé	Permettre à l'écouté(e) de repréciser des choses ou de revenir sur des points incompris par l'écoutant	Souvent utilisé à la fin d'un entretien

Valorisation

Valoriser, c'est faire une déclaration sincère et positive sur une personne ;

- Accorder foi à la parole de la victime, (sans la mettre en doute, sans minimiser ni banaliser les faits, sans faire la morale) ;
- Condamner la violence en rappelant la loi et en nommant les faits : « *il n'avait pas le droit de faire ça* », il s'agit d'un délit, d'un crime, d'un viol, etc. ;
- Rappeler que rien de ce que la victime avait fait ne justifie la violence, en attribuant la responsabilité de la violence à son auteur, c'est la violence qui est à condamner.

- Qu'il/elle ne devrait plus y penser, que c'est du passé, qu'il n'y a qu'à tourner la page, qu'à passer à autre chose, que ça y est c'est fini, tout va bien maintenant... que c'est la vie !
- Qu'il/elle devrait faire un effort, bouger, que ce n'est pas si compliqué que ça, qu'il/elle devrait faire ceci ou cela..., se comporter comme ceci ou comme cela... et que ça irait mieux.

La réponse interprétative (mauvais usage de l'interprétation)

- Consiste à mettre l'accent sur tel ou tel point de ce qu'a dit l'écouté(e) que l'écoutant(e) juge comme étant l'essentiel. Il dit à l'autre le pourquoi. En fait, l'écoutant(e) déforme et opère une distorsion par rapport à ce que l'autre voulait dire.
- Ceci peut se faire de trois façons :
 - *Ou bien la réponse est une reprise de ce qui a été dit, mais partielle, orientée ;*
 - *Ou bien elle est une déformation du sens d'ensemble de ce qui a été dit ;*
 - *Ou bien elle apporte une interprétation au sens d'explication ;*
- Cette réponse induit chez le sujet un sentiment d'incompréhension, un étonnement, car il/elle ne se sent pas exactement concerné(e) par la réponse ;

2.4.3. Facteurs limitant l'écoute

La réponse d'évaluation ou de jugement moral

Que dit-on au sujet ?

- Qu'il/elle s'écoute trop, qu'il/elle exagère, que ce n'est pas si grave, qu'il y a plus malheureux/se qu'il/elle, qu'il/ y a pire, qu'elle devrait arrêter de se plaindre, qu'elle est trop douillette, pas assez courageux/se...

- Une telle réponse provoque une rectification (ce n'est pas exactement ce que je voulais dire) ;
- Si cela continue, le sujet réagit par :
 - *Un désintérêt pour l'entretien, se manifestant par un accord du bout des lèvres ;*
 - *Une irritation sourde qui devient de plus en plus visible ;*
 - *Une résistance (blocage réactionnel devant l'incompréhension).*
- Cette réponse peut induire chez l'écouté(e) trois attitudes :
 - *L'attitude de dépendance (attente d'être guidé, attente d'idée de la part de l'écoutant/e, soumission aux suggestions) ;*
 - *La réaction de contre dépendance (refus hostile d'être pris(e) en pitié ou d'être traité(e) de manière paternaliste) ;*
 - *L'attitude qui consiste à attendre que tout vienne de la part de l'écoutant(e) (le sujet ne continue plus l'exploration de la situation et accentue l'aspect qui a déclenché chez l'autre son attitude paternelle).*

La réponse support (mauvais usage du soutien)

- Cette réponse apporte ou veut apporter un encouragement, une consolation, une compensation. Elle manifeste un intérêt personnel de l'écoutant(e) à l'écouté(e) pour lui montrer qu'il le comprend.
- L'écoutant(e) dédramatise la situation en essayant de rassurer, de consoler l'autre ; en minimisant l'importance de la situation, en essayant d'éviter, chez le sujet, des réactions extrêmes. Que dit-on au sujet ?
 - *Il ne faut pas vous en faire ;*
 - *Ce n'est pas grave ;*
 - *Ça arrive à tout le monde ;*
 - *Je suis passée par là et je vous comprends très bien.*

La réponse solution-action

- Consiste à proposer au sujet une idée pour sortir de la situation ;
- L'écoutant(e) dit à l'autre ce qu'il faut faire, réagit en formulant un ordre, ou des conseils, répond en proposant immédiatement une solution ;
- L'écoutant(e) se substitue à l'interlocuteur ce qui induit chez le sujet deux attitudes :
 - *Soit celui-ci accepte la solution ; mais la suivrait-il ?*
 - *Soit il répond «oui, mais... », ce qui signifie qu'il y a des problèmes, que l'écoutant(e) n'a pas tout pris en compte.*

2.4.3. Facteurs de non-écoute



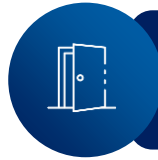
Facteurs de non-écoute relevant de l'écoutant(e)

- La fatigue ou le mal-être physique, les soucis ;
- Des blocages émotifs, psychologiques ;
- Le manque de temps ;
- Les préjugés, l'antipathie envers l'écouté(e) ;
- Un manque d'entraînement à l'écoute ;
- La découverte que l'écouté(e) est supérieur(e) intellectuellement ou socialement ;
- Une voix monotone, trop basse, trop faible ;
- Regarder sa montre en permanence, regarder dans une autre direction ;
- Faire « autre chose », jouer avec un stylo ;
- Interrompre l'écoute pour répondre au téléphone ;
- Excès de prise de notes ;
- La non-réceptivité aux signes non verbaux émis par l'écouté(e).



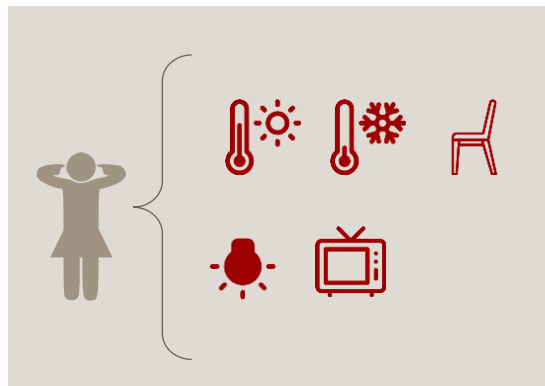
Facteurs de non-écoute relevant de l'écouté(e)

- Une voix monotone, trop basse, trop faible ;
- Un débit trop rapide, trop lent ;
- Des phrases confuses, hésitantes, des silences nombreux ;
- Une surcharge d'informations données (il/elle raconte toute sa vie depuis sa naissance).

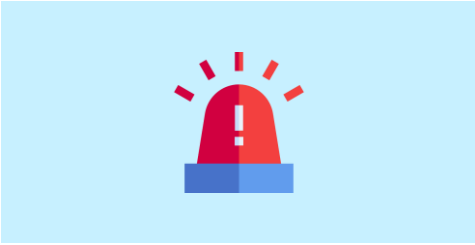


Facteurs de non-écoute relevant de l'environnement

- L'inconfort (la chaleur, le froid, des sièges ou un faible éclairage) ;
- Un bruit d'arrière-plan (couper le téléphone, télé, radio... s'impose !) ;
- Une mauvaise disposition spatiale.



2.5. Résolution des urgences



1, La femme veut retourner chez elle :

Il faut respecter son désir et la prémunir contre d'autres violences éventuelles. Il convient de prendre avec elle des dispositions éventuelles pour se protéger. On pourrait donc :

On peut avoir les situations suivantes :

- *Survivant(e) blessé(e) devant recevoir des soins en milieu hospitalier ;*
- *Viol sur mineur ;*
- *Femme fuyant le domicile familial ou conjugal, ou brutalement mis à la porte par sa famille ou son conjoint.*

Dans les deux premiers cas, un référencement vers d'autres acteurs de prise en charge s'impose.

Dans le dernier cas les solutions éventuelles pourraient être :



- o Analyser avec elle le degré de danger existant ;
- o Suggérer à la femme :
 - *De noter les numéros de téléphone utiles (centre d'écoute, commissariat, etc.) ;*
 - *D'identifier les personnes proches qui peuvent l'aider ou alerter les autorités concernées, en cas d'urgence ;*
 - *D'informer les enfants sur les conduites à tenir lors d'actes de violences : se réfugier chez les voisins, alerter les grands-parents ou les amis, etc. ;*
 - *De préparer un sac de départ, éventuellement dans un lieu sûr ou chez une personne de confiance, contenant les papiers importants, (actes notariés, certificats médicaux, etc.), une somme d'argent et des effets personnels, en cas de départ d'urgence.*

2. La femme souhaite se mettre à l'abri.

Examiner avec la survivante les potentiels lieux d'accueil selon :

- *Qu'elle souhaite partir seule ou avec ses enfants ;*
- *Qu'elle dispose de points de chute (dans sa famille ou chez des amis) ;*
- *Qu'il soit nécessaire de l'orienter vers des structures d'hébergement spécialisées pour femmes victimes de violence, lorsqu'il en existe.*

3. L'hébergement d'urgence

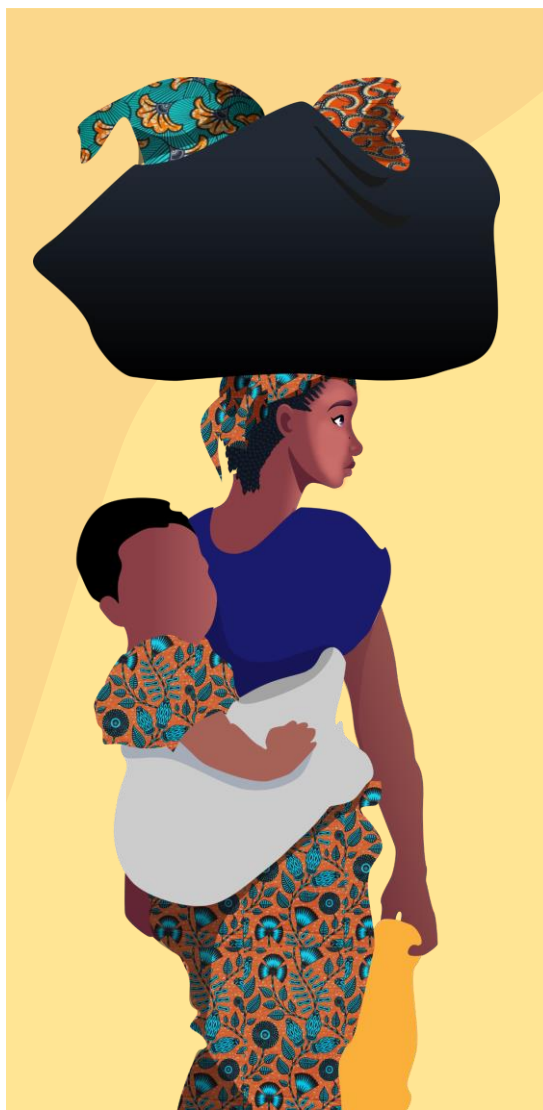
Des survivant.e.s arrivées en urgence sous le coup des émotions manifesteront le désir de divorcer, de mettre fin à leur relation avec l'homme violent ou à leur relation avec leurs parents, alors que ce désir s'effondrera au bout de quelques jours et que la survivante exprimera alors le désir de retourner chez elle.

- *Trouver un lieu d'hébergement à la survivante ;*
- *Faire une écoute approfondie avec elle dès le lendemain afin de rechercher des solutions.*

4. La femme souhaite quitter définitivement le partenaire violent

Effectuer des écoutes approfondies avec elle et l'accompagner dans sa décision.

Proposer un suivi ; en effet après une situation d'urgence, un suivi s'impose notamment pour effectuer un bilan global de la situation.



2.6. Référencement

Il s'agit d'expliquer le circuit de prise en charge au/à la survivant/e de même que les différents acteurs intervenant dans la prise en charge. Il est souhaitable de faciliter au/à la survivant(e) le contact avec les acteurs concernés en obtenant un RDV pour elle et si nécessaire en l'accompagnant.

2.6.1. Référence médicale

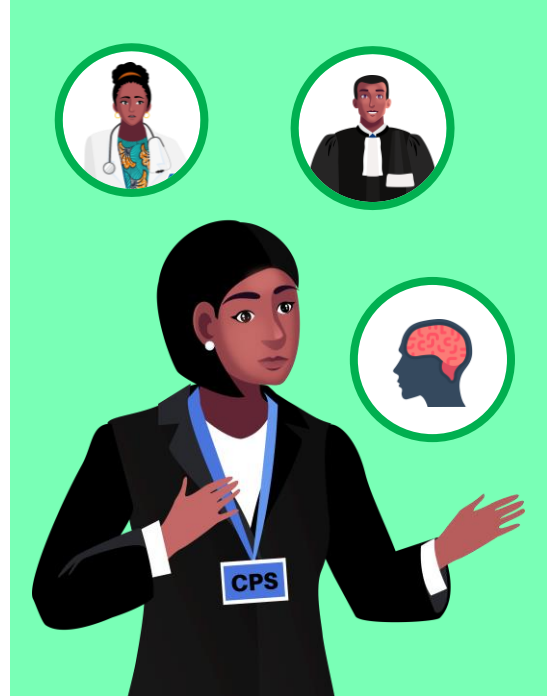
- *Donner des informations sur les organisations de prise en charge médicale ;*
- *Parler de l'importance de se faire soigner.*

2.6.2. Référence juridique (Officier de police judiciaire/tribunaux)

- *Donner des informations nécessaires sur ses droits pour un éventuel dépôt de plainte, ou l'orienter vers une structure spécialisée ;*
- *L'aider dans ses démarches par un proche ou l'assistant(e) social(e) de la structure.*

2.6.3. Référence psychologique

Référer le/la survivant(e) au psychologue pour une prise en charge psychologique au cas où la prise en charge psychosociale seule ne suffit pas pour satisfaire les besoins psychologiques de cette dernière.



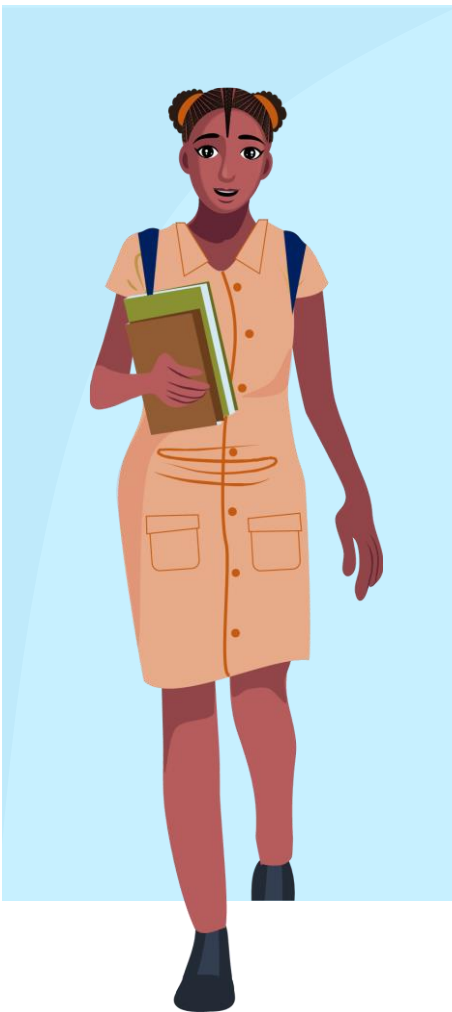
2.7. Enquête sociale

L'enquête sociale est une démarche qui consiste à mener des investigations sur le ou la survivante, son environnement immédiat et loin. Elle est clarifiée par les questions suivantes :

- Comment la survivante est-elle affectée par son milieu de vie ?
Facteurs économiques (ressources), facteurs sociaux (occupation professionnelle, lieu de résidence), facteurs psychologiques (expériences de la petite enfance, adolescence, etc.), facteurs culturels (normes, valeurs culturelles ou autres) ;
- Comment agit-elle sur ce milieu de vie ?

2.8. Réinsertion scolaire ou professionnelle et réintégration

- Il s'agit d'envisager et d'identifier avec le/la survivant(e), les solutions possibles et les ressources disponibles, que ce soit dans son environnement familial et social (appui de la famille ou d'amis), ou à travers des associations/organisations de la société civile ;
- Cette réinsertion dépend des critères de vulnérabilité établis ;
- Pour les enfants de moins de 14 ans, il est recommandé de soutenir leur intégration scolaire formelle, non formelle ou informelle. Mais il faudra voir au cas par cas.



2.9. Suivi et clôture du cas

L'assistance psychosociale pourra être arrêtée avec l'accord du/de la survivant(e) pour :

- Des raisons propres au/à la survivant(e) :
 - *Les objectifs principaux sont atteints et le/la survivant(e) est capable de résoudre ses problèmes de manière autonome, avec le soutien de sa famille ou de son entourage ;*
 - *Tous les moyens envisagés ont été essayés sans succès. Dans ce cas, l'assistant(e) psychosocial(e) pourra référer le/la survivant(e) vers une structure plus spécialisée ;*
- Les limites éthiques d'un assistant(e) social(e) ;
- Les limites institutionnelles.



Chapitre 3.

Focus sur les enfants et adolescentes enceintes

3.1. Entretiens avec l'enfant survivant de violences

3.1.1. Cadre d'écoute de l'enfant

Tout en gardant à l'esprit les trois dimensions du cadre d'écoute telles que décrites au chapitre précédent,

Les entretiens avec l'enfant doivent se dérouler :

- o Dans un cadre confidentiel, sûr et favorable à l'écoute. Pour cela, le lieu choisi peut **être équipé de jouets ou de supports adaptés aux enfants** ou comporter un espace pour s'asseoir confortablement au sol ;
- o le travailleur social :
 - *Peut essayer de s'asseoir à la même hauteur que l'enfant ;*
 - *Doit chercher à aligner son regard sur celui de l'enfant ;*
 - *Doit éviter : de se pencher sur l'enfant, de le regarder de haut, de s'accroupir et de lever les yeux vers son visage.*

3.1.2. Accueil et mise en confiance de l'enfant

Tout en respectant les étapes de l'accueil et de la mise en confiance décrites au chapitre 2,

- *Demander à l'enfant de plus de 6 ans la permission de discuter avec lui ;*
- *Expliquer à l'enfant ce qui va se dérouler et quels sont ses droits au cours de la séance ;*
- *Expliquer à l'enfant l'objet de l'entretien en employant des termes adaptés à son âge ;*
- *Expliquer à l'enfant, en des termes qu'il est en mesure de comprendre, qu'il pourra être nécessaire de partager des informations qu'il fournira, et préciser comment.*



3.1.3. Récit des faits

Compte tenu de l'âge de l'enfant, de son état physique et mental :

- **Privilégiez le langage verbal** ou non verbal ;
- **Ne pas forcer l'enfant** à parler et ne pas exercer de pression dans ce sens. Il est préférable de progresser lentement et de ne pas demander trop d'informations trop rapidement ;
- **Ne pas aborder directement les questions de violence** avec l'enfant ;
- **Discuter d'abord** avec l'enfant de sa vie, son école, sa famille et d'autres thèmes généraux avant de poser des questions directes sur la violence qu'il a subie ;
- **Privilégier les questions ouvertes.** Eviter les questions à choix multiple ou les questions fermées, qui peuvent être perturbantes et inciter l'enfant à fournir des réponses inexactes ;
- **Ne pas souffler à l'enfant ce qu'il faut dire**, que les techniques utilisées soient verbales ou non verbales. Ne pas dire par exemple :
 - *Est-ce qu'il a mis les mains sur ta poitrine ?*
 - *Ou si vous utilisez une poupée pour aider l'enfant à expliquer ce qui s'est passé, ne montrez pas la poitrine du doigt en demandant. Est-ce qu'il t'a touché là ?*

- Demander plutôt à l'enfant de vous **montrer les endroits** où l'agresseur l'a touché ;
- **Choisir les mots appropriés.** Les enfants, et notamment ceux de moins de six ans, interprètent les mots littéralement. Le travailleur social doit donc s'assurer d'utiliser lui-même un langage concret. Par exemple, si vous demandez à un jeune enfant, est-ce qu'il t'a emmené dans sa voiture ? L'enfant peut répondre par la négative si le véhicule était en réalité un camion.

Quelques techniques non verbales adaptées aux enfants



USAGE DU DESSIN

- **Demander à l'enfant de dessiner sa famille.** Cette technique peut être particulièrement efficace pour identifier les personnes qui vivent avec l'enfant ;
- **Demander à l'enfant de dessiner ses activités quotidiennes.** Cette technique peut être efficace pour découvrir à quoi ressemble la journée de l'enfant. Est-il ou non scolarisé ? Avec qui passe-t-il son temps ? Décrit-il certains amis ou certaines activités ? etc. ;

- Demander à l'enfant de dessiner son **cercle de sécurité**. L'enfant dessine un cercle, puis représente à l'intérieur les choses ou les personnes qui lui donnent un sentiment de sécurité. Cela peut être un excellent moyen de détecter les problèmes de sécurité auxquels l'enfant peut être confronté.



USAGE DES POUPEES

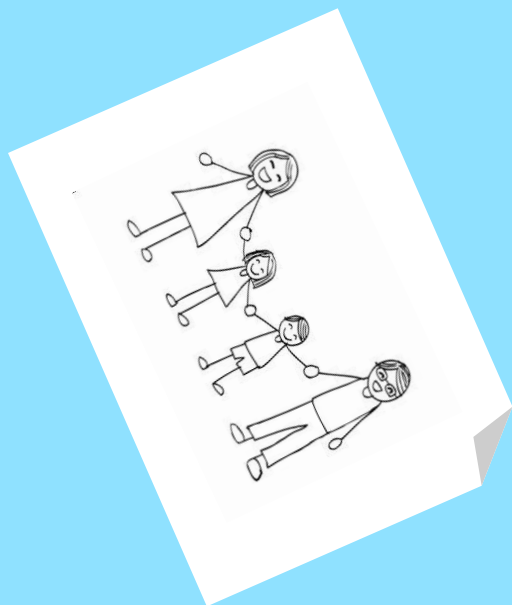
Proposer à l'enfant d'utiliser des poupées. Grâce aux poupées,

- L'enfant peut montrer où et comment l'agresseur l'a touché (**cas de violence sexuelle**) ;
- On peut par exemple demander à l'enfant de montrer sur la poupée les endroits où il a été touché ou blessé.

Quelques techniques non verbales adaptées aux enfants

Compte tenu de la capacité des enfants à maintenir leur attention dans le temps, le travailleur social doit **adapter la durée de l'entretien à l'âge**, conformément aux indications suivantes :

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



3.2. Cas particulier d'un enfant survivant de violences sexuelles

- Le travailleur social doit être seul avec l'enfant pour l'écouter. Toutefois, l'enfant doit être accompagné d'un adulte de confiance au cas où il a peur de rester seul avec l'écouter(e) ;
- Au cours de l'entretien, il peut y avoir des moments où il est préférable de **s'adresser séparément à l'enfant et au parent**. Il faut alors demander à l'autre partie de se mettre à l'écart ;
- Il faut **éviter de faire à l'enfant des promesses** que vous ne pouvez pas tenir ;
- Le travailleur social doit savoir au départ comment l'enfant lui a été adressé. Si l'enfant s'est déjà rendu au commissariat de police, a déjà consulté un professionnel de la santé, a déjà consulté un spécialiste de la protection de l'enfance ;
- Si l'enfant vient de subir la violence, le travailleur social doit évaluer en priorité :
 - **Les risques de sécurité immédiate et les besoins associés ;**
 - **La prise en charge et le traitement médical approprié ;**
- Au terme de cette intervention d'urgence immédiate, seront évalués les besoins à long terme tels que : les besoins psychologiques, les besoins sociaux, les besoins juridiques.



3.3. Cas particulier de l'adolescente enceinte



- **Chercher à comprendre les contextes** ou circonstances de survenue de la grossesse et l'accompagner suivant ces raisons tout en tenant compte des phénomènes multifactoriels à la fois psychologiques, sociaux et culturels impliqués dans les grossesses d'adolescentes ;
- **Chercher à savoir son désir** par rapport à la grossesse (garder ou avorter) ;
- **Evaluer son état émotionnel** par rapport à la grossesse en rapport avec son entourage : peur d'en parler, anxiété à l'égard du suivi médical, crainte d'être contrainte à une interruption, déni d'une réalité désirée, mais finalement redoutée pour certaines ;
- **Commencer à construire** avec elle son futur rôle de mère, l'aider à devenir mère sans avoir fini d'être fille (passer du statut d'adolescente à celle de mère avec les responsabilités y afférent) ;
- **L'amener à investir le bébé à venir** (idéalisation et réalité) ;

Dès la naissance, il est capital de suivre la façon dont va se développer le lien mère enfant. Ces mères encore plongées dans l'adolescence paraissent finalement assez habiles avec leur bébé, mais leur investissement dans ce domaine peut se montrer relativement instable.

ANNEXES

Annexe 1: Interventions psychosociales

Attitudes à avoir	Attitudes à ne pas avoir
<ul style="list-style-type: none">• Prendre conscience du fait que les personnes réagissent différemment à une situation d'urgence.• Poser des questions dans la ou les langue(s) locale(s) et d'une façon réconfortante et confidentielle.• Tenir compte des différences entre les sexes.• Se familiariser avec les pratiques culturelles locales et le cas échéant, les utiliser dans le cadre de l'appui à apporter à la population locale.• Organiser l'accès à un éventail de dispositifs de soutien, y compris les premiers secours psychologiques.• Mettre en place des systèmes efficaces de référencement et de soutien pour les personnes gravement touchées.	<ul style="list-style-type: none">• Poser des questions particulièrement éprouvantes sans apporter un soutien au titre du suivi.• Appliquer un modèle caritatif qui considère les membres de la communauté locale essentiellement comme des bénéficiaires de services.• Ne pas faire de discrimination sociale• Se concentrer uniquement sur ses activités propres en l'absence d'intervention multisectorielle.• Normaliser la victimisation• Méconnaître le besoin de sécurité• Banaliser et minimiser les violences• Critiquer la victime• Évaluer et juger

Annexe 2 : ce qui est encourageant et décourageant lors de l'écoute

Ce qui est encourageant	Ce qui est décourageant
<ul style="list-style-type: none">• Se lever pour accueillir le/la survivant(e) ;• se présenter professionnellement ;• regarder de façon appropriée (regard bienveillant, fréquence de regards...) ;• tenir une distance physique adéquate ;• être patient, tolérant ;• montrer de l'intérêt ;• écouter attentivement ;• encourager par des hochements de tête, des sourires, des mimiques ;• relancer le récit (« <i>et après ?</i> », « <i>et alors ?</i> », « <i>Hmm... hmm</i> », etc.)• ne pas interrompre ;• poser des questions pour éclaircir un sujet, demander des détails ;• répéter les mots de la personne ;• donner de bons conseils (concrets et spécifiques) ;• ne pas juger ou critiquer ;• susciter l'évidence qu'on peut avoir confiance en vous.	<ul style="list-style-type: none">• Dévisager avec un regard « <i>dur</i> », insistant, investigateur ;• être antipathique, agressif ;• écouter distraitement ou ne pas poser de questions ;• manifester de l'indifférence, interrompre• culpabiliser le/la survivant(e) ;• douter des propos du/de la survivant(e) ;• utiliser des mots trop familiers ;• employer un langage trop technique ;• adopter une posture de supériorité ;• argumenter, tenter de convaincre ;• ramener les problèmes à soi ;• suivre le regard ou les gestes du/de la survivant(e) plutôt que d'être attentif à ses propos ;• plaisanter ou rire de façon inopportune ;• garder trop ou trop peu de distance ;• oublier ce que la personne a dit précédemment ;• être trop « <i>stimulé</i> » par ce que dit la personne (être trop enthousiaste ou trop affecté).

Annexe 3 : Quelques gestes utiles au début, pendant et à la fin de l'entretien



AU DÉBUT DE L'ENTRETIEN

- Prendre quelques secondes pour un premier contact «humain» (regarder, donner la main si permis par la culture, se présenter, s'assurer du confort).
- Cerner explicitement l'agenda de la rencontre si le/la survivant(e) peut avoir des attentes personnelles, bien vérifier ce qu'il espère de cette rencontre, expliquer mon rôle (et ses limites) et ce que je vais faire (surtout si le/la survivant(e) n'a pas d'attente...

EN COURS D'ENTRETIEN

- Vérifier régulièrement si ma compréhension des réponses du/de la survivant(e) est exacte, faire un résumé et le valider auprès de lui/d'elle.
- le/la survivant(e) comprend son problème (ce qu'on lui a dit, ce qu'il/elle a compris, les idées qu'il/elle s'est fait(e), ses inquiétudes).
- Prendre le temps de désamorcer une conception catastrophique erronée que le/la survivant(e) pourrait avoir de son problème.
- Prendre soin d'expliquer au/à la survivant(e) le lien entre ma question et les hypothèses qui sous-tendent son problème lorsque l'information recherchée peut lui paraître éloignée ou délicate à fournir.



À LA FIN DE L'ENTRETIEN

- S'assurer que le/la survivant(e) a compris (quel est son problème, quel est le but de l'intervention, ce que chacun doit faire).

Annexe 4 : Conséquences sur la santé physique et mentale de l'agression sexuelle auprès de mineurs manifestées dans l'enfance et à l'adolescence

Conséquences sur la santé mentale	Conséquences sur la santé physique
<ul style="list-style-type: none">• Symptômes dépressifs• Anxiété, peur, méfiance• Faible estime de soi• Retards développementaux• Comportements d'isolement social• Troubles alimentaires, tels que l'anorexie et la boulimie• Idéations suicidaires et tentatives de suicide• Consommation d'alcool et de drogues (adolescence)• Symptômes du trouble de stress post-traumatique• Symptômes de dissociation	<ul style="list-style-type: none">• Problèmes de comportement extériorisés (agressivité, opposition, problèmes d'attention)• Comportements sexuels problématiques non en lien avec le stade développemental (masturbation excessive, comportement sexuel intrusif envers un autre enfant)• Problèmes somatiques (énurésie, problèmes digestifs)• Revictimisations sexuelle• Victimisation et agression dans les fréquentations amoureuses• Comportements sexuels à risque, comme les activités sexuelles précoces et les multiples partenaires sexuels.• Comportements autodestructeurs et automutilation

Annexe 5 : Formes d'agression sexuelle selon la nature des gestes impliqués

Formes d'agression	Descriptions	Exemples de manifestations
Agression sexuelle avec contact		
Agression sexuelle avec pénétration (rapport sexuel avec pénétration)	<ul style="list-style-type: none"> • Acte de pénétration, même légère, de la vulve ou de l'anus en utilisant une partie du corps (pénis, doigt, langue) ou un objet ; • Acte de pénétration, même légère, de la bouche par le pénis. 	<ul style="list-style-type: none"> • Contacts oraux, génitaux ; • Pénétration orale, vaginale ou anale par une partie du corps ou un objet.
Agression sexuelle avec tentative de pénétration	<ul style="list-style-type: none"> • Tentative de commettre une agression sexuelle avec pénétration, mais qui n'a pas été complétée. Des attouchements sexuels sont habituellement commis. 	<ul style="list-style-type: none"> • Attouchements sexuels commis dans l'intention de commettre une pénétration.
Attouchements sexuels	<ul style="list-style-type: none"> • Contacts sexuels qui incluent des attouchements sexuels intentionnels, commis directement sur la victime ou par-dessus ses vêtements. 	<ul style="list-style-type: none"> • Baisers à caractère sexuel ; • Attouchements sexuels : portant sur les parties génitales (ex. : pénis ou vulve), à l'anus, aux aines, aux seins, aux cuisses, aux fesses ; • Frotteurisme.
Agression sexuelle sans contact		
Agression sexuelle sans contact	<ul style="list-style-type: none"> • Agression sexuelle qui n'inclut pas de contact physique de nature sexuelle. 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposition forcée à des actes sexuels (pornographie ou activités sexuelles réelles) ; • Exhibition ou dévoilement des organes sexuels ; • Incitation d'un enfant à se toucher, se masturber ; • Enregistrement visuel d'un enfant dans un contexte sexuel.

Annexe 6 : Conséquences sur la santé physique et mentale à l'âge adulte de l'agression sexuelle vécue dans l'enfance

Conséquences sur la santé physique et sexuelle

- Problèmes somatiques (douleurs, troubles digestifs, troubles du sommeil)
- Habitudes de vie à risque (tabagisme, usage d'alcool et de drogues)
- Comportements sexuels à risque (rapports sexuels non protégés, partenaires sexuels multiples, etc.)
- Dégradation de la santé physique
- Perception d'une moins bonne santé physique
- Consultations médicales plus fréquentes
- Invalidité professionnelle
- Maladies chroniques
- Douleurs chroniques
- Complications gynécologiques et périnatales
- Problèmes sexuels (dyspareunie, vaginisme chez la femme)
- Plus grand risque de VIH et IST

Conséquences sur la santé mentale

- Problèmes de santé mentale (dépression, troubles de personnalité, troubles psychotiques, troubles de panique, etc.)
- Détresse psychologique
- Dissociation
- Symptômes de l'état de stress post-traumatique
- Anxiété
- Automutilation
- Idéations suicidaires, tentatives de suicide et suicide
- Abus de drogues et d'alcool

Conséquences sur la santé maternelle

- Maternité précoce
- Réactivation des symptômes de stress post-traumatique (grossesse, accouchement, allaitement)
- Gestation plus courte
- Dépression post-partum

Annexe 7 : Modèle d'un circuit de PEC des survivant(e)s de VBG

SURVIVANT(E)

La survivante raconte ce qui lui est arrivé à quelqu'un

Cette personne accompagne le/la survivant(e) au CPS, dans une structure de PEC de VBG, dans un hôpital/centre de santé ou au commissariat/poste de police, selon son choix.

La survivante rapporte elle-même ce qui lui est arrivé

À un prestataire de services

Réponse immédiate

Le prestataire de service doit fournir un environnement sûr à la survivante et respecter ses souhaits ainsi que le principe de confidentialité ; demander quels sont les besoins immédiats : lui prodiguer des informations claires et honnêtes sur les services disponibles. Si la survivante est d'accord et le demande, se procurer son consentement éclairé et procéder aux renvois ; l'accompagner si nécessaire pour l'assister dans l'accès aux services.

Point d'entrée médicale de santé

Indiquer le nom du ou des centres médicaux qui remplissent ce rôle

Points d'entrée pour le service psychosocial

Indiquer le nom du ou des prestataires de services psychosociaux qui remplissent ce rôle

Si la survivante veut initier une action en justice, porter plainte - ou - s'il existe des risques immédiats pour la sécurité et la sûreté d'autres personnes : renvoyer et accompagner la survivante aux fonctionnaires de la police chargés de la sécurité – ou – de l'assistance juridique de la protection pour obtenir des informations et de l'aide en vue du renvoi à la police.

Police/sécurité

Donner des informations précises sur le ou les acteurs de sécurité à contacter en précisant le lieu où se rendre et la manière de les contacter.

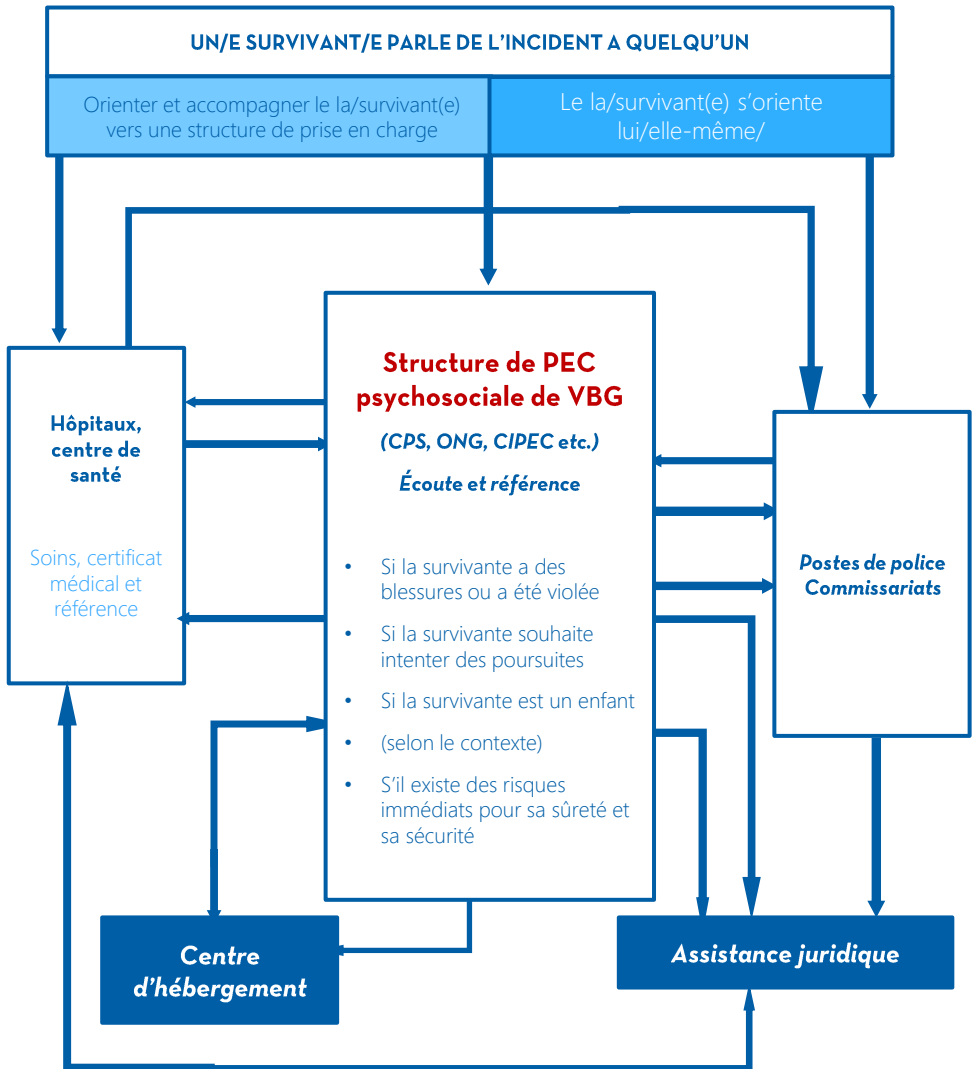
Conseiller en matière d'assistance juridique ou fonctionnaires chargés de la protection

Indiquer le nom des organisations

Réponse suivant la réponse immédiate, suivi et autres services : avec le temps et en fonction des choix de la survivante. Cette étape peut inclure

- Justice
- Soins de santé
- Hébergement
- Accompagnement psychosocial et/ou Accompagnement psychologique

Annexe 8: Schéma du modèle d'un circuit de PEC intégrée des survivant(e)s de VBG



Annexe 9 : Cycle de violences conjugales

