*Ce formulaire doit être utilisé pour effectuer une évaluation complète de tous les cas complexes de protection de l'enfance, y compris ceux concernant des enfants séparés et non accompagnés. Si une évaluation rapide a été effectuée, essayez de fournir autant d'informations que possible avant l'entretien et vérifiez-les avec l'enfant et la famille au cours de l'entretien.*

*Commencez par expliquer le but de votre entretien et demandez à l'enfant et à sa famille la permission de parler de leur famille et de leur vie familiale. Pour chaque section, posez d'abord une question générale et laissez l'enfant guider l'entretien. Remplissez autant d'informations que possible à partir de ce qu'ils vous disent avant de poser des questions de clarification.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Identifiant du travailleur social : | **PRIORITÉ DU CAS**  | [ ] Urgence [ ] Élevée [ ] Moyenne [ ] Faible  |
| Identifiant de l'organisation : |
| **GÉNÉRAL** |
| **Numéro individuel du HCR**  |  | **Numéro du dossier de protection de l'enfance** |  |
| **Numéro d’évaluation de l’intérêt supérieur**  |  | **Date d'ouverture du dossier**  |  |
| **Statut d’évaluation de l’intérêt supérieur** | [ ]  En attente d'entretien [ ]  En attente de recommandation [ ]  En attente d'examen [ ]  Évaluation de l’intérêt supérieur terminée  | **Raison du changement de statut d’évaluation de l’intérêt supérieur** |  |
| **Objectif principal de l’évaluation de l’intérêt supérieur** | [ ]  Enfant à risque[ ]  Soins alternatifs[ ]  Traçage de la famille[ ] Regroupement familial  | [ ] Réinstallation [ ] Autres  | **Objectif principal de l’évaluation de l’intérêt supérieur (détails)** |  |
| **Évaluation de l’intérêt supérieur réalisée par** |  | **Source de référence (le cas échéant)** | [ ] Accueil [ ] Enregistrement[ ] Réinstallation [ ]  RSD [ ] Protection  | [ ] Assistance [ ]  Partenaire du HCR [ ] Gouvernement [ ] Personnes prises en charge [ ] Autres  |
| **ID de cas de partenaire**  |  |
| **Organisation partenaire**  |  |
| **Détails de l'organisation partenaire**  |  |
| **Données biométriques** |
| 1. **Prénom**
 |  | 1. **Deuxième nom**
 |  | 1. **Nom de famille**
 |  |
| 1. **Date de naissance**
 | JJ / MM / AAAA | 1. **Âge (lors de l'ouverture du dossier)**
 |  | 1. **Âge actuel**
 |  |
| **L'âge est-il estimé ?** | [ ]  OUI[ ]  NON |
| 1. **Sexe**
 | [ ]  Féminin[ ]  Masculin[ ] Autres | 1. **Lieu de naissance**
 |  | 1. **Pays d'origine**
 |  |
| 1. **Ethnie**
 |  | 1. **Religion**
 |  |
| 1. **Situation matrimoniale**
 |  | 1. **Statut légal**
 |  |
| 1. **Nom du chef de famille dans laquelle l’enfant est enregistré**
 |  | 1. **Relation avec le chef de famille**
 |  |
| 1. **Niveau d'éducation**
 |  | 1. **Langues parlées**
 |  | 1. **Nationalités**
 |  |
| 1. **Identité du contact**
 |  | 1. **Numéro de téléphone**
 |  | 1. **Courriel**
 |  |
| 1. **Adresse actuelle**
 |  | 1. **Date du voyage vers le pays d’asile**
 |  |
| 1. **Date d'entrée dans le pays d’asile**
 |  | 1. **Raisons du départ du pays d’origine**
 |  |
| 1. **Pays d'enregistrement**
 |  | 1. **Pays d'asile**
 |  |

|  |
| --- |
| **Renseignements sur le parent / aidant coutumier***[[1]](#footnote-1)* |
| **Parent 1 (Père)** | **Parent 2 (Mère)** | **Tuteur/Tutrice de fait** |
| **Nom** | **Nom**  | **Nom**  |
| **Date de naissance** | **Date de naissance** | **Date de naissance** |
| **Décédé  ?** [ ]  OUI[ ]  NON | **Décédé  ?** [ ]  OUI[ ]  NON | **Décédé  ?** [ ]  OUI[ ]  NON |
| **Actuellement en contact ?** [ ]  OUI[ ]  NONNuméro de téléphone :Lieu de Résidence actuelle - Pays :Adresse - localisation actuelle | **Actuellement en contact ?**[ ]  OUI[ ]  NONNuméro de téléphone :Lieu de Résidence actuelle  - Pays :Adresse - localisation actuelle | **Actuellement en contact ?** [ ]  OUI[ ]  NONNuméro de téléphone :Lieu de Résidence actuelle  - Pays :Adresse - localisation actuelle |
| Quand avez-vous vu votre Père  ? |  |
| Où ? |  |
| Où pensez-vous que votre père est maintenant ? |  |
| Quand avez-vous vu votre Mère ? |  |
| Où  ? |  |
| Où pensez-vous que votre mère est maintenant ? |  |
| Quand avez-vous vu votre Tuteur ou Tutrice de fait ? |  |
| Où  ? |  |
| Où pensez-vous que votre Tuteur ou Tutrice de fait  est maintenant ? |  |
| **AUTRES MEMBRES DE LA FAMILLE** |
| Noms et prénoms | Âge / sexe | Localisation actuelle |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **SECTION 1 : Antécédents de séparation de la famille et besoins de recherche**  |
| Comment vous êtes-vous séparé de votre famille ? (Indiquez l'heure, le lieu de la séparation ainsi que les causes de la séparation.)  |
| Pourquoi avez-vous quitté votre pays d'origine ?  |
| Comment avez-vous voyagé à destination de (nom du pays d'asile) ? (Indiquez le mode et l'itinéraire du voyage, les noms des personnes qui ont aidé et leur relation avec l'enfant non accompagné / séparé)  |
| Quand êtes-vous arrivé à (nom du pays d'asile) ?  |
| Avez-vous des parents ou des amis en (nom du pays d'asile) ? Si tel est le cas, indiquez le nom et la relation.  |
| Avez-vous quelque chose à dire sur votre voyage vers le pays d’asile ?  |
| Souhaitez-vous recevoir de l'aide pour retrouver certains membres de votre famille ? (Si tel est le cas, notez qui l'enfant aimerait retrouver et toute information dont il dispose sur la localisation de ses proches)   |
| Le traçage a-t-il lieu ? Si oui, par quelle agence ? L'enfant est-il informé des résultats du traçage ? Y a-t-il des besoins supplémentaires ?  |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **SECTION 2 : Modalités de soins et conditions de vie**  |
| *Pouvez-vous me parler de votre famille (la famille avec laquelle vous vivez) ?*  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **2a) Modalités de prise en charge**  |
| **Avec qui habitez-vous actuellement ?** Plusieurs choix possibles (Remplissez la partie F si l'enfant n'est pas accompagné de ses parents)[ ]  Famille proche [ ]  Ménage dirigé par une femme [ ]  Aide aux personnes âgées [ ]  Seul [ ]  Famille élargie [ ]  Famille d'accueil [ ]  D'autres enfants [ ]  Autres :  |
| **Quelle est votre relation avec votre famille / les personnes avec lesquelles vous vivez ? Aimez-vous rester ici ? (**S'il s'agit d'un enfant conjoint, renseignez-vous sur le traitement du conjoint et de la famille)*Décrivez les modalités de garde actuelle du point de vue de l'enfant, vous n'avez pas besoin de citer l'enfant (« l'enfant a expliqué qu'il vit actuellement avec… »).* *Soyez précis : quel est le lien familial précis entre l'enfant et le tuteur/tutrice ? Depuis combien de temps se connaissent-ils ? Combien de fois étaient-ils en contact avant que l'enfant ne vienne vivre avec lui/elle ? comment était la relation avant ? Comment est la relation maintenant ? Comment le tuteur/tutrice soutient-il l'enfant ? Est-ce qu'il / elle cuisine pour l'enfant ? Est-ce qu'ils mangent ensemble ? Jouent-ils ensemble ? Le tuteur/tutrice est-il favorable lorsque l'enfant fait face à des problèmes ? L'enfant fait-il confiance au tuteur/tutrice ? L'enfant souhaite-t-il vivre avec un tuteur ou une tutrice à long terme ?* |
| **Si la visite à domicile n’est pas effectuée - Demandez à l'enfant comment il décrirait l'endroit où vous séjournez ? Sinon, remplissez à partir de vos propres observations.**  |
| **Si la visite à domicile effectuée** **Date :**  **Observation de l'enquêteur sur le logement :***Nombre de chambres :* *Nombre et identité des personnes dormant dans la même chambre que l'enfant :*  | **Quel type d'hébergement :**[ ]  Maison / appartement personnel [ ]  Famille d'accueil [ ]  Location maison / appartement [ ]  Refuge / Centre collectif [ ]  Tente (ITS ou FTS)[ ]  Garage ou bâtiment inachevé [ ]  Autre (précisez)  | **Conditions de logement :** [ ]  Surpeuplement [ ]  Articles dangereux dans la maison [ ]  Non hygiénique [ ]  Pas convenablement équipé pour le climat [ ]  Autre (précisez)  |
| **Autre (assistance logement ou au lavage reçue, etc.)**  |
| **2b) Membres de la famille vivant avec l'enfant**  |
| Nom complet | Lien avec l'enfant | Sexe(M / F) | Situation matrimoniale | Date de naissance/âge | Besoins spécifiques |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **2c) Consultation avec les parents / tuteurs adultes**  |
| **Nom :**  | **Date de naissance / âge** |
| **Sexe :** [ ]  Masculin [ ]  Féminin  | **Nationalité**: |
| **Lien avec l'enfant :**  | **Religion :**  |
| **Êtes-vous le tuteur légal de cet enfant ?** [ ]  Non  [ ]  Oui si oui, des documents de tutelle sont-ils disponibles ?  [ ]  Pas légalement, mais avec la permission des parents  |
| **Comment décririez-vous votre relation avec l'enfant ?**  |
| **Comment l'enfant s'entend-il avec les autres enfants ? Dans quelles activités quotidiennes est-il impliqué ?**  |
| **SI ENFANT SÉPARÉ OU NON ACCOMPAGNÉ UNIQUEMENT : Quelles informations avez-vous sur l'enfant, sa vie et la séparation de sa famille ?** Inclure des informations sur le statut du père ou de la mère, tout contact entre le tuteur et les autres membres de la famille de l'enfant, etc.  |

|  |
| --- |
| **SECTION 3 : Santé et sécurité**  |
| **3a) Sûreté / sécurité (remplir la partie F si des problèmes spécifiques surviennent)** |
| **Vous sentez-vous en sécurité ici (dans votre logement, dans votre quartier, etc.) ?** Si ce n'est pas le cas, quelles sont les raisons ? Enumérez vos préoccupations.  |
| **Que faisiez-vous avant d'arriver dans le « pays d'asile » ? Comment êtes-vous arrivé dans le pays d'asile ?**  |
| **3b) Bien-être psychosocial**  |
| **Où / avec qui discutez-vous de vos problèmes ou demandez-vous de l'aide ?** [ ]  Mère [ ]  Père [ ]  Amis [ ] Voisins[ ]  Autre membre de la famille (précisez) grand-père et grand-mère      [ ]  Autre précisez)       [ ]  Personne  |
| **Avez-vous du mal à dormir ? Faites-vous des cauchemars ?**  |
| **Observation de l'enquêteur : L'enfant semble-t-il en détresse ou a-t-il tellement de difficultés à fonctionner dans sa vie quotidienne qu'il devrait être évalué par un professionnel de la santé mentale ? Si oui, décrivez pourquoi ?** |
| **3c) Santé / accès médical** |
| **Comment allez-vous ? Comment jugez-vous votre état de santé ?** |
| **Avez-vous des problèmes d'accès aux soins médicaux ?** (L'enfant sait-il où et comment accéder aux soins)Si oui, expliquez pourquoi.  |
| **Observations des enquêteurs :** L'enfant a-t-il l'air en bonne santé, a-t-il un handicap ? |

|  |
| --- |
| **SECTION 4 : Vie quotidienne** |
| *Pouvez-vous me dire un peu ce que vous faites chaque jour ?*  |
| **4a) Éducation**  |
| **Allez-vous à l'école ou manquez-vous l'école ?** [ ]  Je vais toujours à l'école[ ]  Je ne vais pas du tout à l'école[ ]  J’y vais une fois par semaine [ ]  J’y vais une fois par mois[ ]  Je n’y vais jamais | **Dans quelle classe êtes-vous dans le pays d’asile ?**      **À quelles autres activités éducatives participez-vous ?**       | **Suivez-vous des cours de rattrapage ?** [ ]  Non [ ]  Oui (Où) **Avez-vous fréquenté l'école dans votre pays d'origine ?** Si oui jusqu’en quelle classe et pendant combien de temps.       |
| **Avez-vous des difficultés ou des problèmes à l'école ou en allant à l'école ?** Si c'est vrai, que sont-ils ? |
| **4b) Activités quotidiennes**  |
| **Pouvez-vous me dire un peu ce que vous faites chaque jour ? Passez-vous du temps avec des amis, d'autres enfants ?**  |
| **Travaillez-vous actuellement ?** [ ]  Oui Combien d'heures par jour : Combien de jours par semaine : [ ]  Non Quel Type de travail : Pendant combien de mois :  |
| **Gagnez-vous de l'argent pour le travail ? C**ombien ? Comment l'utilisez-vous ? |
| **Votre famille dépend-elle de l'argent que vous gagnez ?** [ ]  Non [ ]  Oui - Précisez  |
| **Observations des enquêteurs :** Le travail constitue-t-il les pires formes de travail des enfants (WFCL) (Convention n ° 182 de l'OIT de 1999) : esclavage ou pratiques analogues à l'esclavage, recrutement d'enfants dans les forces / groupes armés, prostitution, production de pornographie, activités illicites telles que le trafic de drogue, ou un risque immédiat pour la santé et la sécurité de l'enfant ?[ ]  Non [ ]  Oui **Expliquez :**  |
| **Autres**  |
| **Y a-t-il d'autres informations que vous aimeriez partager avec moi aujourd'hui ? Y a-t-il autre chose dont vous aimeriez me parler ?** |

|  |
| --- |
| **SECTION 5 : Conclusions** |
| **Observations et commentaires supplémentaires de l’enquêteur. Inclure toutes les observations sur les ressources et les forces de l'enfant et de la famille.**  |
| **Besoins spécifiques** |
| [ ]  **Enfant à risque (CR)** | [ ]  **Enfant non accompagné ou séparé (SC)**  | [ ]  **Juridique et physique (LP)** | [ ]  **Violence sexuelle (SV)** |
| [ ]  Enfant Parent (CP)[ ]  Enfant conjoint (CS)[ ]  Gardien d'enfants (CC)[ ]  Grossesse chez les adolescentes (TP)[ ]  Pires formes de travail des enfants (LW)[ ]  Enfants associés aux groupes armés (AF)[ ]  Enfant en conflit avec la loi (CL) | [ ]  Enfant séparé (SC)[ ]  Enfant non accompagné (UC)[ ]  Ménage dirigé par un enfant (CH) | [ ]  Pas de documentation légale (ND)[ ]  Besoins essentiels non satisfaits (BN)[ ]  Violence, maltraitance ou négligence (AN)[ ]  Marginalisé (MS) | [ ]  Survivant en pays d'origine (VO)[ ]  Survivant en pays d’asile (VA)[ ]  Mutilations génitales féminines (GM)[ ]  Pratiques traditionnelles néfastes (HP)[ ]  Mariage d'enfants (forcé) (FM)[ ]  Sexe pour survie (SS) |
| [ ]  **Unité familiale (FU)** | [ ]  **Handicap (DS)** | [ ]  **Condition médicale grave (SM)** |
| [ ]  Traçage requis (TR)[ ]  Réunification familiale requise (FR) | [ ] Handicap physique (PM)[ ] Déficience visuelle (BD)[ ]  Déficience auditive (DF)[ ]  Déficience mentale / intellectuelle (MM) | [ ]  Maladie chronique (CI)[ ]  Condition médicale critique (CC)[ ]  Autre condition (OT) |
| **L'enfant court un risque imminent ?** [ ]  Non [ ]  Oui  | **Évaluation des risques**, [ ]  24 heures (risque élevé) [ ]  3 jours (risque moyen) [ ]  1 semaine (faible risque) |
| **5a) Recommandations pour des actions supplémentaires** |

|  |  |
| --- | --- |
| Indiquez les options disponibles et l'analyse. Précisez ce qui est recommandé dans l'intérêt supérieur de l'enfant compte tenu : Des opinions de l'enfant, environnement sûr, de la famille et relations étroites, des besoins d'épanouissement et d'identité |  |

|  |
| --- |
| **PLAN D'ACTION** |
| **Récit** *Décrivez la logique du plan d'action pour l'enfant. Incluez les objectifs propres à l'enfant et les étapes à suivre pour y parvenir.* |
| **Actions pour l'enfant** |
| **Actions pour les membres de la famille / autres tuteurs** |
| **Prochaines actions / suivi nécessaire (y compris l'élaboration d'un plan de cas et le calendrier de toutes les actions)** |
| ***Type d'action*** | ***Détail*** | ***Plage de temps*** | **Type** |
| **Traçage de famille** |  |  | [ ]  Intervention[ ]  Référence |
| **Protection et sécurité** |  |  | [ ]  Intervention[ ]  Référence |
| **Conséquences psychosociales** |  |  | [ ]  Intervention[ ]  Référence |
| **Éducation** |  |  | [ ]  Intervention[ ]  Référence |
| **Juridique et documentation** |  |  | [ ]  Intervention[ ]  Référence |
| **Santé et nutrition** |  |  | [ ]  Intervention[ ]  Référence |
| **Besoins élémentaires** |  |  | [ ]  Intervention[ ]  Référence |
| **Autres** |  |  | [ ]  Intervention[ ]  Référence |
| **4b) Révision** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom et signature de l’enquêteur :** | **Nom et signature du réviseur :**  |
| **Date :**  | **Date :** |

1. Ces informations sur les membres de la famille (mère / père / frères et sœurs - où ils se trouvent, etc.) doivent être collectées en cas d'enfants non accompagnés et séparés [↑](#footnote-ref-1)