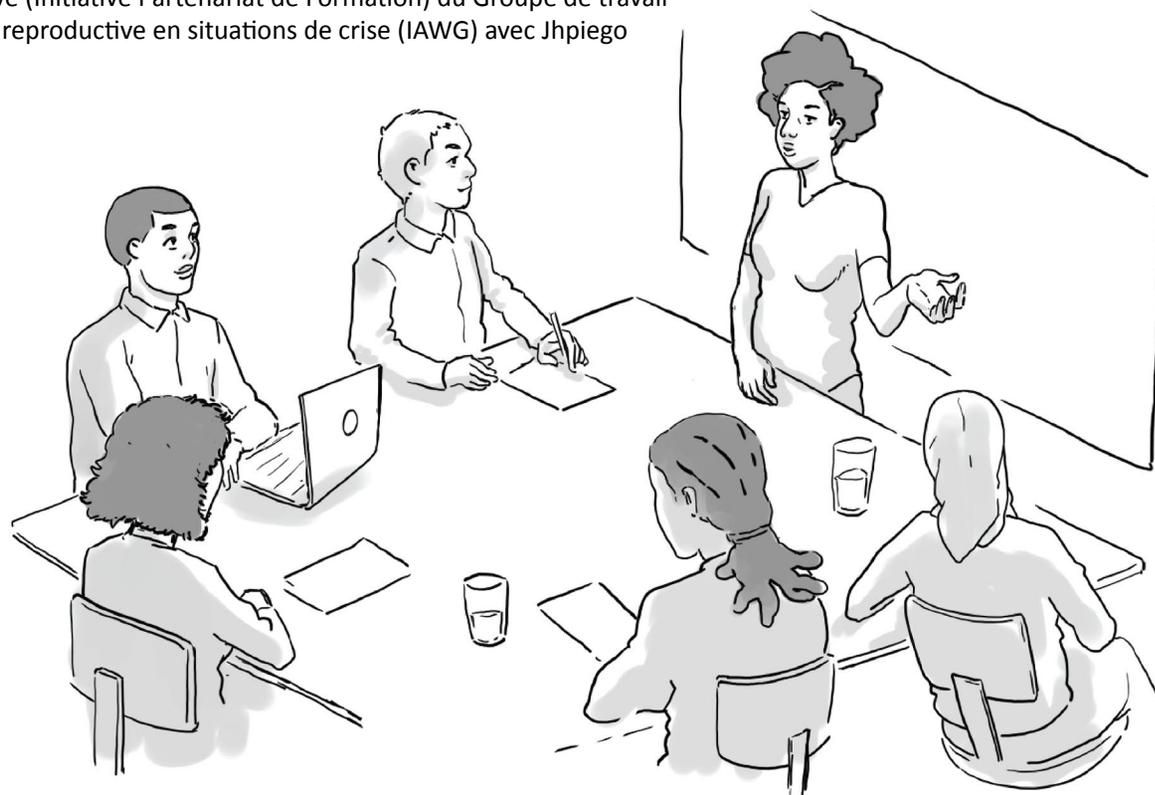


PRISE EN CHARGE CLINIQUE DES PERSONNES SURVIVANTES DE VIOLENCE SEXUELLE DANS LES SITUATIONS DE CRISE HUMANITAIRE

GUIDE DU FACILITATEUR

Module de perfectionnement clinique pour les prestataires de soins qui mettent en œuvre le Dispositif minimum d'urgence (DMU) pour la santé sexuelle et reproductive

La Training Partnership Initiative (Initiative Partenariat de Formation) du Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise (IAWG) avec Jhpiego



REMERCIEMENTS

Ces supports de formation ont été élaborés en 2017 dans le cadre d'une collaboration entre les membres du Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise (IAWG) à travers les efforts déployés par la Training Partnership Initiative. Le projet a été rendu possible grâce au généreux financement apporté par l'Office of Foreign Disaster Assistance (OFDA) [Bureau d'aide en cas de catastrophes à l'étranger] de l'USAID. En 2020, le financement octroyé par le Ministère des Affaires étrangères des Pays-Bas a permis la mise à jour de ce module afin de l'aligner sur la version révisée du *Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire* de 2018.

Le guide du facilitateur a été élaboré avec le concours des membres de l'IAWG. Les supports de 2017 ont été adaptés à partir des présentations créées à l'origine par Wilma Doedens et Marian Schilperoord en s'appuyant sur la publication de l'Organisation mondiale de la Santé et du Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés des Nations Unies (HCR) qui s'intitule : *Gestion clinique des victimes de viol : développement de protocoles à adopter avec les réfugiés et les personnes déplacées dans leur propre pays*. Kristen Harker de l'IAWG a largement participé au développement du contenu de ce guide. Wilma Doedens et Kristen Harker ont fourni une contribution technique. En 2020, Jennifer Breads, Jhpiego, a conduit la révision du module et l'a aligné sur la version révisée du *Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire* de l'IAWG (de 2018) et de l'ouvrage de l'OMS, du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) et du HCR intitulé *Prise en charge clinique des survivantes de viol et de violence exercée par un partenaire intime : Élaboration de protocoles à adopter dans les situations de crise humanitaire* (2019). Nadia Ahmed, Alison Greer et Sandra Krause ont examiné et apporté des corrections aux supports. Mikhail Hardy et Chelsea Ricker en ont assuré la conception. Mariam Bagayoko a traduit ce guide de l'anglais au français.

Les auteurs sont reconnaissants à l'égard du FNUAP et du HCR pour le pilotage et les contributions techniques apportées au module. Les auteurs souhaitent remercier l'International Rescue Committee, Jhpiego et la Women's Refugee Commission d'avoir soutenu le projet et les organismes qui ont mis à disposition des sites pilotes : Family Planning Association of Nepal [Association du Planning familiale du Népal], l'Institut Africain de Santé Publique et le Ministère de la Santé du Burkina Faso, Juba College of Nursing and Midwifery [École de formation du personnel infirmier et des sages-femmes].

LISTE D'ABRÉVIATIONS

3TC	Lamivudine
ARV	Antirétroviraux
ATV	Atazanavir
AZT	Zidovudine
CU	Contraception d'urgence
DMU	Dispositif minimum d'urgence (pour la santé sexuelle et reproductive)
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
HCR	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
HPV	Papillomavirus humain
IARH	(Kits) de santé reproductive du Groupe interorganisations
IAWG	Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive dans les situations de crise humanitaire
IM	Intramusculaire
IPV	Violence exercée par un partenaire intime [Intimate partner violence]
IRC	International Rescue Committee
IST	Infection sexuellement transmissible
LGBTQIA	Personne lesbienne, gay, bisexuel, transgenre, queer, intersexe, et asexuée
LPV	Lopinavir
MS	Ministère de la Santé
MSF	Médecins Sans Frontières
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PIDP	Personnes déplacées dans leur propre pays
POS	Procédures opérationnelles standards
PPE	Prophylaxie post-exposition
RPR	Test rapide de la réagine plasmatique
S-CORT	Sensibilisation clinique à la santé sexuelle et reproductive
SSR	Santé sexuelle et reproductive
TA	Tension artérielle
TDF	Fumarate de ténofovir disoproxil
TSPT	Trouble de stress post-traumatique
VBG	Violence basée sur le genre
VCT	Conseils et tests de dépistage volontaires

TABLE DES MATIERES

LE DMU POUR LA SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE ET LES COURS DE PERFECTIONNEMENT SUR LA SENSIBILISATION CLINIQUE À LA SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE (S-CORT)	3
APERÇU DU GUIDE DU FACILITATEUR ET PLAN DE FORMATION	6
PRÉPARATION DE LA FORMATION	8
UNITÉ 1 : ACCUEIL ET PRÉSENTATIONS	13
UNITÉ 2 : CONCEPTS DE BASE : VIOLENCE BASÉE SUR LE GENRE	15
UNITÉ 3 : PRÉPARER LE SITE CLINIQUE, IDENTIFIER LES PERSONNES SURVIVANTES, APPORTER UN SOUTIEN DE PREMIÈRE LIGNE (VIVRE)	23
UNITÉ 4 : CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ, NOTER L'HISTORIQUE ET EXAMEN PHYSIQUE	25
UNITÉ 5 : TRAITEMENT ET CONSEILS CONNEXES BIENVEILLANTS, CONFIDENTIELS	29
UNITÉ 6 : AMÉLIORER LA SÉCURITÉ ET LES ORIENTATIONS, L'APPUI POUR LA SANTÉ MENTALE ET LE SOUTIEN PSYCHOSOCIAL, ADMINISTRATION DE SOINS DE SUIVI	36
UNITÉ 7 : PROCÉDURES OPÉRATIONNELLES STANDARDS (POS)	39
UNITÉ 8 : SUIVI ET ÉVALUATION POUR LES PRESTATAIRES DE SOINS	41
UNITÉ 9 : ÉVALUER ET RENFORCER LES SERVICES CLINIQUES POUR LES PERSONNES SURVIVANTES DE VIOLENCE SEXUELLE	43
UNITÉ 10 : SOINS POUR LES AIDANTS, ÉVALUATION ET CLÔTURE	45
ANNEXE 1 : EXEMPLE DE PROGRAMME DE FORMATION	47
ANNEXE 2 : CORRIGÉ DU PRÉ-TEST ET DU POST-TEST DU PARTICIPANT	50
ANNEXE 3 : RÉFÉRENCES ET RESSOURCES RECOMMANDÉES	52

LE DMU POUR LA SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE ET LES COURS DE PERFECTIONNEMENT SUR LA SENSIBILISATION CLINIQUE À LA SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE (S-CORT)



Ce guide fournit des instructions que nous espérons être simples et faciles à appliquer pour planifier, conduire et évaluer une formation de perfectionnement clinique. Tout au long du document, des notes complémentaires visant à vous aider en tant que facilitateur apparaissent à l'aide d'un symbole situé à gauche. Vous trouverez aussi plus de détails sur la conception et l'utilisation de ce guide ci-dessous dans la section dénommée « Description du guide de facilitateur. »

INTRODUCTION

Le Dispositif minimum d'urgence (DMU) pour la santé sexuelle et reproductive dans les situations de crises est un ensemble d'activités prioritaires mises en œuvre au début d'une crise. Le DMU 2018 comporte six objectifs et une autre activité prioritaire :

1. Veiller à ce que le secteur/pôle de santé identifie une organisation et un-e coordinateur/ coordinatrice de SSR pour mener et coordonner la mise en œuvre du DMU.
2. Prévenir la violence sexuelle et répondre aux besoins des survivantes.
3. Prévenir la transmission et réduire la morbidité et la mortalité liées au VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles.
4. Prévenir la surmortalité et la surmortalité maternelle et néonatale.
5. Prévenir les grossesses non désirées.
6. Planifier l'intégration de services complets de santé sexuelle et reproductive dans les soins de santé primaires dès que possible.

Autre priorité : Il est également important de veiller à ce que les soins liés à l'avortement sans risques soient disponibles, dans les limites prévues par la loi, dans les centres de santé et les établissements hospitaliers.

La négligence du DMU pour la santé sexuelle et reproductive dans les situations de crise humanitaire a des conséquences graves : les morts maternelles et néonatales évitables ; la violence sexuelle et les traumatismes qui en découlent ; les infections sexuellement transmissibles ; les grossesses non désirées et les avortements à risques et la propagation possible du VIH.

Les infirmières, les sages-femmes et les médecins travaillant dans les situations d'urgence fournissent les services de santé sexuelle et reproductive nécessaires pour atteindre les objectifs du DMU. L'IAWG a conçu une série de brefs cours de perfectionnement clinique (S-CORT) pour renforcer des connaissances et les compétences préalablement acquises par le personnel de santé chargé de fournir ces services prioritaires. Le cours intitulé *Prise en charge clinique des personnes survivantes de violence sexuelle dans les situations de crise*

humanitaire constitue un de ces modules. Veuillez visiter www.iawg.net/scorts pour accéder à tous les supports de formation dans les séries et plus d'informations sur leur utilisation.

D'autres ressources relatives à la mise en œuvre de services de santé sexuelle et reproductive dans les situations de crise sont accessibles sur le site de l'IAWG : www.iawg.net/resources. Les facilitateurs et les participants de cette formation peuvent en particulier examiner :

- [*Manuel de terrain du groupe interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire*](#)
- [*Directives programmatiques pour la santé sexuelle et reproductive dans les situations de crise humanitaire et les contextes fragiles pendant la pandémie du COVID-19*](#)
- [*La boîte à outils pour la santé sexuelle et reproductive des adolescent.e.s : édition 2020*](#)
- [*Manuel sur les Kits sanitaires d'urgence inter-institutions à utiliser lors de situations d'urgence 6^e édition*](#)

AUTRES LECTURES/RESSOURCES

- [*Prise en charge clinique des survivantes de viol et de violence exercée par un partenaire intime : élaboration de protocoles à adopter dans les situations de crise humanitaire*](#). (OMS, FNUAP, & HCR. 2022).
- [*Outil d'évaluation de l'assurance qualité des services liés à la violence basée sur le genre*](#). (Jhpiego, CDC, OMS. 2021).
- [*Directives du Comité permanent interorganisations sur la violence basée sur le genre dans l'action humanitaire : Promouvoir la résilience et faciliter le relèvement*](#). (Comité permanent interorganisations. 2015).
- [*La prise en charge des enfants ayant subi des violences sexuelles en situations de crise humanitaire : Guide destiné aux prestataires de services de santé et de services psychosociaux*](#), 1^{ère} édition. (Internal Rescue Committee et UNICEF. 2012).
- Tran, Nguyen Toan, Kristen Harker, Wambi Maurice E. Yameogo, Seni Kouanda, Tieba Millogo, Emebet Dlasso Menna, Jeevan Raj Lohani, et al. « *Clinical Outreach Refresher Trainings in Crisis Settings (S-CORT): Clinical Management of Sexual Violence Survivors and Manual Vacuum Aspiration in Burkina Faso, Nepal, and South Sudan*. » (*Reproductive Health Matters* 25, no. 51. 2017).

Ces publications et d'autres peuvent être téléchargées via les liens fournis sur www.iawg.net ou en contactant info.iawg@wrcommission.org.

ACCÈS UNIVERSEL : VEILLER À CE QUE LES SERVICES SOIENT DÉPOURVUS DE STIGMATISATION ET DISCRIMINATION

Les mots comptent lorsqu'il s'agit de décrire et de prendre soin d'individus qui ont besoin d'accéder à des informations et des services de soins et, en particulier, les services présentés dans la série S-CORT. La dimension linguistique peut avoir un impact majeur sur la santé et le bien-être sexuels et reproductifs de même que sur l'accès à des informations et services connexes. Il arrive que la terminologie utilisée dans les principes directeurs, les programmes et les politiques puisse être discriminatoire, stigmatisante et déshumanisante. En ayant conscience des tensions qui peuvent survenir lorsqu'on tente d'utiliser un langage inclusif et adapté et en même temps, tâchez d'être concis et efficace, surtout dans les publications, le langage utilisé dans les séries S-CORT a été guidé par les considérations suivantes :

- **Concernant le genre.** Dans les séries S-CORT, les termes « femmes », « filles », et parfois, le terme neutre sur le plan du genre « personne », « personnes », « client », « patient », ou « individu » font référence à ceux qui utilisent des services présentés dans les S-CORT. Cependant les auteurs reconnaissent et insistent sur le fait que :
 - Non seulement les femmes cisgenre (les femmes qui s'identifient comme femmes et auxquelles le sexe féminin a été attribué à la naissance) peuvent tomber enceintes et ont le droit de bénéficier de soins de santé de qualité, d'être traitées avec dignité et respect et d'être protégées face à la stigmatisation, la discrimination et la violence dans tous les contextes. Les personnes qui sont des hommes trans/transmasculins, intersexes, non-binaires et de genre non-conforme peuvent être confrontées à la grossesse et à des obstacles exceptionnels en ce qui concerne l'accès aux informations et services de santé sexuelle et reproductive. Le langage des séries S-CORT tâche de refléter la diversité dans la mesure du possible mais les termes « femmes » ou « femmes et filles » peuvent être souvent utilisés à toutes fins utiles et pour faciliter les références et l'utilisation.
 - Les « personnes survivantes » de violence sexuelle peuvent être des femmes, des hommes, trans, intersexes, non-binaires, des individus de genre non-conforme, et des individus de tout âge.
- **Concernant l'âge.**¹ Les adolescents—filles, garçons, trans, intersexes, non-binaires, et ceux de genre non-conforme—ont des besoins spécifiques en matière de santé sexuelle et reproductive et elles-ils ne doivent pas subir de discrimination en termes d'accès aux informations, aux services, aux soins et au soutien en matière de santé sexuelle et reproductive. Les besoins des personnes âgées en ce qui concerne la santé sexuelle et reproductive sont tout aussi importants. Le langage des séries S-CORT tâche de refléter la diversité en termes d'âge dans la mesure du possible mais il n'utilise pas la terminologie spécifique à l'âge, pour faciliter les références et l'utilisation.

- **Concernant le handicap.** Les besoins en santé sexuelle et reproductive des personnes vivant des handicaps ont été largement négligés. Elles ne doivent pas subir de discrimination concernant l'accès aux informations, services, soins et au soutien en santé sexuelle et reproductive. Bien que la facilité de référence et d'utilisation de la terminologie spécifique au handicap ne soit pas toujours avérée, les séries S-CORTS ont été conçues à l'aide de principes universels pour garantir l'accessibilité de ces supports. Les facilitateurs et organisations sont encouragés à prendre en considération les besoins d'accessibilité des participants dans ces formations et les personnes vivant avec des handicaps dans les communautés où ils interviennent.
- **Concernant la diversité.** Tous les individus, quels que soient leurs profils d'un point de vue social, culturel et économique, ont le droit d'avoir accès aux informations, services, soins et au soutien de santé sexuelle et reproductive dépourvus de stigmatisation, de discrimination et de violence. Les images et le langage utilisés dans ce guide tiennent compte de la diversité. Néanmoins, le langage des séries S-CORT ne reflète pas toujours la riche diversité des individus qui accèdent aux informations, aux services, aux soins et au soutien en santé sexuelle et reproductive.

Les facilitateurs S-CORT doivent prendre en compte les considérations inclusives du genre, de l'âge, du handicap et de la diversité lorsqu'ils déploient les formations pour davantage d'accès universel aux informations, aux services, aux soins et au soutien en matière de santé sexuelle et reproductive.

QUE PEUT FAIRE LE PERSONNEL DE SANTÉ ?

L'utilisation d'un langage inclusif, adapté et respectueux est essentielle pour réduire les préjugés et les souffrances. L'ensemble de la terminologie requiert la contextualisation par rapport au langage et à l'environnement socio-culturel de même qu'une approche pragmatique, mais il ne faut pas sacrifier la promotion et l'utilisation d'un langage non-stigmatisant, inclusif et divers à l'égard de tous les genres, les âges, les handicaps. Pour aider à intégrer un tel langage, le personnel de santé doit prendre en considération les principes suivants pour guider la manière dont nous parlons, dont nous écrivons et dont nous communiquons entre nous, avec et à propos des personnes qui ont accès aux informations et services de SSR. Ces principes peuvent aider le personnel de santé à prioriser l'utilisation de la terminologie qui respecte leur mission : celle de prendre soin de tous les individus.

- **Nouer le dialogue et interroger les gens et respecter leurs préférences.** La terminologie nécessitant une adaptation aux langues et cultures locales, chaque communauté linguistique et professionnelle doit participer à la discussion et à la contextualisation de termes de manière à ce qu'ils soient acceptables dans les circonstances auxquels ils sont

1. Pour des ressources actualisées et un appui destinés aux organisations qui soutiennent les adolescents, voir la version actualisée de *la boîte à outils de santé sexuelle et reproductive des adolescent.e.s (SSRA) en situations de crise humanitaire* : Édition de 2020, accessible via <http://awg.net/resources/adolescent-sexual-and-reproductive-health-asrhtoolkit-for-humanitarian-settings-2020-edition>.

habitués. Par exemple, évitez de présumer le genre d'une personne (« Mademoiselle » ou « Monsieur ») et dites plutôt : « Bonjour et bienvenue. Je m'appelle B et je suis votre prestataire aujourd'hui. Pouvez-vous me dire comment je dois m'adresser à vous ? »

- **Utilisez un langage non-stigmatisant, respectueux et précis.** Éviter des termes connotant un jugement qui ne sont pas axés sur la personne. Privilégier l'utilisation d'un langage humain et constructif qui promeut le respect, la dignité, la compréhension et les visions positives (par exemple, préfèrent « victime de violence sexuelle » à « survivantes »).
- **Prioriser l'individu.** Il est recommandé de donner la priorité aux individus et ensuite à leurs caractéristiques ou états de santé dans la description (c'est-à-dire les personnes vivant avec un handicap ou les personnes qui vivent avec le VIH). Par conséquent, l'utilisation d'un langage axé sur les personnes doit être privilégiée pour décrire ce dont souffrent les personnes, leurs caractéristiques ou les circonstances dans lesquelles elles vivent, qui à terme, ne doivent pas définir qui ils sont et comment le personnel de santé doit les traiter.
- **Cultiver la connaissance de soi.** Les professionnels travaillant avec des personnes issues de contextes différents doivent être conscients du langage utilisé car il transmet des images et significations fortes. Ils doivent développer une humilité et une auto-régulation culturelle, être attentifs et éviter de répéter des termes négatifs discriminants, qui dévalorisent et perpétuent des stéréotypes préjudiciables et des déséquilibres de pouvoir. Ils doivent encourager leurs collègues, leurs amis et leur communauté à le faire. Les ateliers sur la clarification des valeurs pour le personnel sanitaire (et non sanitaire) travaillant avec des personnes ayant des profils et caractéristiques divers pourraient contribuer à clarifier les valeurs et changer les attitudes pour améliorer les interactions.

APERÇU DU GUIDE DU FACILITATEUR ET PLAN DE FORMATION

OBJECTIF

L'objectif de ce *Guide du facilitateur* pour le module sur la *Prise en charge clinique des personnes survivantes de violence sexuelle dans les situations de crise humanitaire* est de guider les formateurs cliniques à conduire des formations en face à face dans un contexte de crise afin de perfectionner les connaissances et les compétences des agents de santé sur la prestation de soins médicaux aux personnes survivantes de violence sexuelle.

PUBLIC CIBLE

Ce programme de formation est conçu pour les prestataires de soins, notamment les sages-femmes, le personnel infirmier, les médecins généralistes, les obstétriciens/gynécologues et d'autres personnes qui travaillent dans des contextes de crise où le Kit sanitaire d'urgence inter-institutions 3 (Soins post-viol), le module de prophylaxie post-exposition (PPE) du de santé reproductive du groupe interinstitutions ou des fournitures médicales similaires pour gérer les cas de violence sexuelle sont disponibles. Un maximum de 20 participants par atelier est recommandé.

CONSIDÉRATIONS RELATIVES AU FACILITATEUR

Les facilitateurs doivent être des formateurs cliniques expérimentés, dotés d'une expertise en matière de prestation de services destinés aux personnes survivantes de violence sexuelle.

CONDITIONS PRÉALABLES REQUISES DES PARTICIPANTS

Les participants doivent au moins déjà être en mesure de :

- Faire la démonstration de leurs connaissances du système reproducteur masculin et féminin
- Savoir comment noter l'historique médical et conduire un examen physique
- Comprendre comment prescrire un traitement pour la prévention des infections sexuellement transmissibles et la grossesse avec des conseils adaptés²
- Savoir comment administrer des soins des blessures et prévenir le tétanos
- Faire la démonstration de leurs connaissances sur les principes de communication thérapeutique centrée sur les personnes survivantes

Il est important d'évaluer l'expérience des participants avant de finaliser le contenu des supports et de commencer la formation. Seuls les prestataires ayant une expérience en matière de soins de santé sexuelle et reproductive sont éligibles pour suivre cette formation.



Note : Dans les contextes de crise, les formations ont généralement lieu sur le site. Veiller à apporter toutes les fournitures à la formation, notamment les certificats, les exemplaires du cahier du participant ou les photocopies et d'autres documents sous format papier ou sur une clé USB. Le site de S-CORTs de l'IAWG (www.iawg.net/scorts) propose des recommandations concernant des ressources complémentaires à télécharger pour les participants. Apporter des copies papier des diapositives avec des notes pour votre usage et des feuilles de tableau à feuilles mobiles de réserve au cas où un projecteur ou l'électricité tomberaient en panne. Une approche flexible de la facilitation sera nécessaire pour vous permettre de vous adapter au contexte et aux besoins des participants.

CAHIER D'ACCOMPAGNEMENT DU PARTICIPANT

Une des leçons tirées du pilotage des séries S-CORT est que les participants préféreraient que les supports leur soient transmis avant la formation pour qu'ils les étudient et se préparent à l'avance.

Le *cahier d'accompagnement du participant* comprend les supports concernés qui correspondent à chaque section de la formation et fournissent des éléments de contexte complémentaires. Ces supports doivent être transmis aux participants dès que possible, mais au moins 2-3 semaines avant la formation, sous format papier ou par voie électronique. **De plus, les participants doivent être titulaires du certificat attestant qu'ils ont suivi le Module d'apprentissage à distance du DMU pour la santé sexuelle et reproductive (accessible via www.iawg.net/misp-dlm). Cela leur permettra d'avoir des éléments de base avant la formation.**

DESCRIPTION DU GUIDE DU FACILITATEUR

Ce guide du facilitateur comprend des guides de discussion, des études de cas et des activités interactives. Il fournit des informations sur les compétences nécessaires et les comportements professionnels pour la prestation de soins médicaux centrés sur les personnes survivantes et recommande des ressources pour une étude plus approfondie. Il est accompagné d'un diaporama avec des instructions pour les facilitateurs et un cahier du participant. Le contenu est fondé sur les directives les plus récentes de l'OMS, du FNUAP, du HCR et de l'IAWG disponibles au moment de la publication.

2. Pour la formation sur la prestation de services de contraception, voir les *méthodes contraceptives réversibles à longue durée d'action* dans cette série sur www.iawg.net/scorts.

Ce guide comprend dix unités :

- Deux unités qui présentent des informations préliminaires et les concepts de base
- Quatre unités sont axées sur la prise en charge clinique des personnes survivantes de viol
- Trois unités portent sur la programmation relative à la prise en charge clinique des personnes survivantes de violence sexuelle
- La dernière unité contient des informations sur les soins autoadministrés et une évaluation de la formation

Chaque unité comprend cinq éléments :

1. **Durée et méthodologie** : Une estimation de la durée nécessaire pour terminer cette unité, ses composantes, et la méthodologie de formation utilisée
2. **Objectifs** : Objectifs d'apprentissage spécifiques que les participants doivent à atteindre à la fin de chaque unité
3. **Supports** : Les exemplaires des supports de participants à distribuer et les grilles de correction pour les facilitateurs avec un code couleur et surlignées pour identifier les supports que vous devrez **imprimer, télécharger, ou collecter**
4. **Préparation** : Instructions concernant les informations ou les supports à préparer à l'avance
5. **Guide détaillé de la session** : Directives guidées sur la manière de faciliter des apprentissages participatifs interactifs

Les formateurs sont vivement encouragés à adapter les sessions pour être en conformité avec les besoins et les objectifs locaux en termes de formation.

DOCUMENTATION ET CERTIFICAT

Les formateurs doivent documenter la présence et décerner les certificats de fin de formation le cas échéant. Un modèle de certificat figure dans le kit de formation. Les participants doivent aussi compléter un pré-test et un post-test à choix multiples pour évaluer leur compréhension du sujet.

ÉVALUATION DE LA FORMATION

Les facilitateurs doivent conduire un processus d'évaluation à la fin de chaque jour d'atelier pour évaluer les progrès et la satisfaction des participants par rapport aux sujets et activités. À la fin du cours, les participants doivent compléter l'évaluation finale pour faire part de leur feedback qui contribuera à l'adaptation des futures formations.

PRÉPARATION DE LA FORMATION

Les facilitateurs doivent parcourir l'exemple de programme (Annexe 1), le plan de facilitation et les tableaux ci-dessous qui présentent le travail préparatoire nécessaire à la réussite de ce cours.

SUPPORTS DU COURS

Les supports écrits ou numériques et les ressources complémentaires de cette formation sont librement accessibles et peuvent être téléchargés via www.iawg.net/scorts. Avant le cours, il est recommandé de télécharger tous les supports et les ressources à utiliser pendant la formation, notamment tous les photocopiés et les présentations de diapositives. Ces supports peuvent être conservés sur une clé USB pour être utilisés pendant la formation et hors ligne. Les copies des supports peuvent être distribués aux participants et à d'autres collègues qui sont intéressés.

LISTE DE SUPPORTS

Ci-dessous figure une liste complète des fournitures de formation nécessaires pour garantir la réussite de la formation, qui doivent être réunies au cours du mois précédant la formation. Chaque unité précise quels supports issus de cette liste doivent être imprimés, téléchargés, ou réunis pour ce sujet. Vérifier quelles fournitures sont déjà disponibles sur le lieu de la formation et s'organiser pour apporter les fournitures manquantes avec vous.

LISTE DE CONTRÔLE DES SUPPORTS DU COURS : ÉLÉMENTS A RÉUNIR

Unité	Matériel	Quantité	Acquis ? (Oui/Non)
Toutes	Ordinateur portable	1	
Toutes	Projecteur	1	
Toutes	Écran ou mur blanc pour projeter des images	1	
Toutes	Papier de tableau à feuilles mobiles	2-3	
Toutes	Marqueurs, stylos ou crayons	3 de chaque couleur	
Toutes	Enceintes pour l'ordinateur portable	2	
Toutes	Papier vierge/bloc-notes	1 par participant	
Toutes	Scotch	2-3 rubans	
Toutes	Stylos	1-2 par participant	
Toutes	Notes Post-it, multicolore	4 blocs	
2	Châles, foulards ou feuilles de journaux	11	
5	Échantillons de médicaments pour démonstration : contraception d'urgence, PPE, ARV, antibiotiques le cas échéant	1 paquet/boîte de chaque	
6	Fil, ficelle ou corde	1 écheveau	
6	Badges autocollants	1 paquet	
	Savon à main ou liquide, gel désinfectant si disponible	En fonction du nombre de participants	

CONTEXTUALISER LE COURS

En préparation du cours, il faut adapter certains éléments des unités au contexte local. Le mois précédant la formation, les facilitateurs doivent réunir les informations suivantes sur le contexte dans lequel la formation sera dispensée et mettre à jour les diapositives adaptées dans les unités accompagnantes comme indiqué. Utiliser la liste de contrôle ci-dessous pour suivre les informations nécessaires :

Unité	Élément	Fait ? o/n
2	La structure de coordination interagence sur la VBG dans les situations d'urgence, le cas échéant	
2	Les informations sur les rapports consacrés à la VBG dans le contexte concerné, comme les données sur la VBG collectées au niveau des établissements ; la localisation et le type de services pour les personnes survivantes de VBG (santé, appui communautaire, social, psychologique et juridique) ; besoins en formation du personnel de programme SSR et des prestataires de soins	
	Demander à un juriste de rédiger un bref compte rendu sur :	
2	<ul style="list-style-type: none"> La définition légale du viol dans le pays où a lieu la formation 	
2	<ul style="list-style-type: none"> Formes reconnues de violence basée sur le genre dans les textes juridiques 	
4	<ul style="list-style-type: none"> Lois sur le signalement obligatoire des cas de violence sexuelle et d'agression sexuelle 	
4	<ul style="list-style-type: none"> Législation nationale sur l'avortement en cas de viol et d'inceste 	
4	<ul style="list-style-type: none"> Le protocole national relatif à la maltraitance, y compris les exigences en matière de signalement et les lois relatives à l'âge du consentement 	
4	<ul style="list-style-type: none"> Le type d'échantillons de laboratoire qui peuvent être traités localement comme des preuves médico-légales, le cas échéant 	
4	<ul style="list-style-type: none"> Catégories de prestataires de services de santé autorisées à collecter des preuves médico-légales et éventail de preuves médico-légales devant les tribunaux 	
4	<ul style="list-style-type: none"> Les exigences légales en matière de certificats médicaux/formulaire de police y compris les personnes habilitées à les remplir 	
4	<ul style="list-style-type: none"> Les procédures judiciaires en cas de violence sexuelle, y compris le viol et ce à quoi il faut s'attendre si un témoignage est demandé au tribunal 	
4	Protocoles nationaux relatifs aux soins médicaux liés à la violence basée sur le genre et à l'orientation vers les services compétents	
5	Les protocoles nationaux de traitement des infections sexuellement transmissibles y compris la prophylaxie post-exposition pour le VIH, le cas échéant	
5	Des procédures opérationnelles standards existantes sur la VBG ou des parcours de référencement entre services de soins de santé, psychologiques, de conseils, de soutien social, d'assistance juridique, des niveaux de soins supérieurs (gynécologie, urologie, soins psychiatriques)	
6,7	Discuter avec le/la coordinateur/coordinatrice, lui demander d'assister à ou de faciliter les Unités 6 et 7	

LISTE DE CONTRÔLE DE LA PRÉPARATION : ÉLÉMENTS A TÉLÉCHARGER, IMPRIMER, ET PRÉPARER

Utiliser la liste de contrôle pour veiller à ce que tous les supports nécessaires soient préparés au cours des semaines qui précèdent la formation :

Unité	Description	Fait? (Oui/Non)
Toutes	Examiner tous les supports du cours et mettre à jour les informations à partir de la liste de contrôle contextuelle dans les diapositives concernées	
Toutes	Faire des photocopies du <i>Cahier du participant</i> pour chaque participant	
Toutes	Réunir, emballer et/ou expédier tous les supports	
Toutes	Veiller à ce que l'espace et l'organisation du lieu de formation répondent aux besoins de la formation et de l'apprentissage	
Toutes	Vérifier la qualité d'image et de son des vidéos et présentations du projecteur et de l'ordinateur portable	
Toutes	Examiner toutes les diapositives de la présentation, en cachant les diapositives optionnelles si elles ne sont pas nécessaires dans votre contexte	
Toutes	Examiner les instructions et les grilles de correction pour toutes les activités	
1	Préparer un polycopié avec le <i>programme de la formation</i> , des informations détaillées sur les unités, les sous-thèmes et l'emploi du temps	
1,10	Imprimer des copies des <i>pré-test</i> et <i>post-test</i> sur les connaissances	
1	Préparer des tableaux à feuilles mobiles en suivant les instructions figurant dans les unités	
2	Télécharger les vidéos courtes : <input type="checkbox"/> <i>*Iraqi Refugees in Jordan: Gender-based Violence³</i> , [Réfugiés irakiens en Jordanie : violence basée sur le genre] www.youtube.com/watch?v=InpAY1zsFdM <input type="checkbox"/> <i>*Violence against women: Strengthening the health sector response</i> . [Violence contre les femmes : renforcer la réponse du secteur de la santé] ⁴ www.youtube.com/watch?v=Qc_GHITvTmI	
2	Imprimer <i>les cartes de personnage À sa place</i> et les cartes de personnage Couvert.e de culpabilité	
5	Trouver et imprimer les procédures opérationnelles standards (POS) relatives la VBG, spécifiques au site.	
6	Créer des badges autocollants sur des post-its colorés	
7	POS	
8	Télécharger la vidéo courte : <input type="checkbox"/> <i>*Rayonnage des kits de santé reproductive⁵</i> . www.unfpa.org/video/reproductive-health-kits-shelving	
10	Noter les noms des participants sur les certificats de fin de formation	
10	Imprimer des copies du <i>formulaire d'évaluation du cours</i>	



*Note : Cette vidéo n'est disponible qu'en anglais. Vous pouvez utiliser une autre vidéo comparable sur le thème de cette activité.

3. Women's Refugee Commission, 2009, 6:03 minutes

4. Organisation mondiale de la Santé, 2016, 3:27 minutes

5. Fonds des Nations Unies pour la population, 2012, 5:38 minutes

CARACTÉRISTIQUES D'UNE FORMATION EFFICACE⁶

Les recommandations suivantes sont nécessaires pour veiller au transfert efficace d'informations pendant l'apprentissage des adultes :

- Communiquer clairement le but de la formation aux formateurs et apprenants.
- Dire précisément ce que les apprenants sont censés faire à la fin de la formation.
- Utiliser les méthodes de formation qui s'appuient sur les compétences et l'expérience des participants pour leur permettre de répondre aux objectifs. Présenter de nouvelles connaissances et compétences dans un contexte pertinent.
- Mobiliser activement les apprenants dans le cadre du processus.
- Utiliser une combinaison efficace de méthodes de formations pour répondre aux besoins des différents types d'apprentissage.
- Donner l'occasion aux apprenants de pratiquer l'application de nouvelles connaissances et compétences.
- Faire part aux apprenants de commentaires constructifs sur leur performance.
- Accorder suffisamment de temps aux apprenants pour répondre aux objectifs de la formation.
- Donner l'occasion aux formateurs et aux apprenants d'évaluer le cours en déterminant dans quelle mesure les formateurs et les apprenants ont répondu aux objectifs de la formation, et en acceptant le feedback des apprenants pour améliorer la formation.

ALERTE : RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À PRENDRE EN CONSIDÉRATION AVANT ET APRÈS LA FORMATION

Ce module a pour but d'être utilisé dans le cadre d'un perfectionnement clinique de 3 jours pour les prestataires de service qui dispensent des soins aux personnes survivantes de violence sexuelle dans les contextes touchés par des crises. La Training Partnership Initiative de l'IAWG a conduit des recherches sur les obstacles et les éléments favorables à sa mise en œuvre pendant la phase pilote et formule les recommandations suivantes **pour les formateurs et les responsables de programme**.

Avant la formation :

- Limiter la sélection des participants à ceux qui remplissent les critères de qualification prérequis précisés dans le guide du facilitateur.
- Évaluer les besoins d'apprentissage des participants qualifiés pour se préparer à la meilleure façon de remédier aux lacunes en termes de connaissances. Pour ce faire, utiliser le pré-test figurant dans le module *Prise en charge clinique des personnes survivantes de violence sexuelle dans les situations de crise humanitaire* ou interviewer les participants.

- En fonction des besoins identifiés pour les apprenants, fournir les ressources complémentaires de formation pour élargir la formation si besoin.
- Veiller à ce que les participants obtiennent le certificat attestant qu'ils ont suivi le *Module d'apprentissage à distance du DMU pour la santé sexuelle et reproductive* (accessible via <https://iawg.net/resources/minimum-initial-service-package-distance-learning-module>) comme fondement préalable à la formation.

Après la formation :

- Évoquer et organiser un registre et un calendrier des possibilités pour les apprenants afin de continuer la pratique des compétences actualisées et les comportements dans leur institution.
- Planifier régulièrement l'appui et le suivi post-formation pour les prestataires dès que la situation sécuritaire le permet. Encourager aussi les participants à utiliser les supports d'apprentissage et continuer à travailler avec leurs pairs (sur des modèles si possible) car ils renforcent les compétences et la confiance.

RECOMMANDATIONS COMPLÉMENTAIRES À L'ISSUE DE LA FORMATION

- Encourager les participants à utiliser les supports d'apprentissage et de continuer à travailler avec leurs pairs et responsables d'établissement pour envisager des façons dont les personnels qui fournissent des soins post-agression peuvent acquérir et élargir leurs compétences via un plan de renforcement des capacités en continu avec des séances de renforcement ciblées, des réunions d'équipes régulières et d'autres activités, et qu'ils puissent bénéficier d'un soutien personnel dans ce travail. Les exemples d'activités peuvent inclure :
 - Des simulations d'entretien pour simuler des interactions avec patients et obtenir du feedback concernant la communication et la sécurité des patients
 - Sessions d'examen des cas conduites par les pairs
 - Réunions de supervision mensuelle pour discuter des cas difficiles, aborder des traumatismes secondaires subis par les prestataires, et obtenir un feedback encadrés sur le spectre des services post-agression fournis
- Il est vivement recommandé que les établissements où les prestataires pratiquent disposent de mécanismes en place pour appuyer et promouvoir les soins autoadministrés pour les prestataires qui subissent des traumatismes secondaires du fait des soins administrés après des actes de violence. Par exemple, l'accès aux services de conseil et les réunions périodiques de supervision pour débriefing.
- Cette formation couvre les aspects de meilleures pratiques en matière de collecte de preuves médico-légales et de prise en charge clinique des enfants survivants. En revanche, elle ne se substitue pas à la formation approfondie sur ces domaines

6. Adapté d'Ipas. (2014). Soins complets d'avortement centrés sur la femme : Manuel du formateur (deuxième édition) K.L. Turner & A. Huber (Eds.), Chapel Hill, NC: Ipas.

de spécialité. En outre, les formations complètes sur ces domaines et autres doivent être organisées en fonction des besoins.

SENSIBILITE ET FLEXIBILITE DANS UN CONTEXTE DE CRISE

La sensibilité et la flexibilité sont primordiales dans un contexte de crise. Lors de la planification de cette formation, garder les éléments suivants à l'esprit :

- Limiter le temps que les prestataires passent en dehors de leur lieu d'affectation. Cette difficulté peut être contournée en conduisant la formation dans l'établissement, si possible.
- Être sensible aux longues heures et doubles vacations pendant lesquelles les agents de santé peuvent travailler.
- Se souvenir que certains participants peuvent avoir des temps de trajet longs ou avoir des priorités concurrentes à la maison qui peuvent les empêcher de conduire une lecture avancée ou d'autres tâches.
- Se préparer à ce que les participants aient un éventail de capacités et d'expériences - certains participants peuvent se retrouver dans un contexte qui est nouveau pour eux.
- Les personnes qui assistent à la formation peuvent être des infirmières, des sages-femmes, des médecins ou des responsables cliniques.

- Être sensible aux besoins des prestataires de soins/participants dans un contexte de crise, sur le plan émotionnel.
- **Avoir conscience que les prestataires eux-mêmes peuvent être des personnes survivantes et veiller à avoir les ressources disponibles pour appuyer les prestataires/participants qui peuvent être exposés à des réactions et avoir besoin de services eux-mêmes.**
- Certains prestataires peuvent être expérimentés par rapport à la prestation de soins administrés aux personnes survivantes de violence sexuelle mais inexpérimentés pour le faire dans une situation de crise avec des ressources limitées, dans un cadre juridique différent.

FEEDBACK SUR LES SUPPORTS DE FORMATION

La Training Partnership Initiative de l'IAWG souhaite avoir votre point de vue. Veuillez faire part de vos questions et commentaires à info.iawg@wrcommission.org concernant les supports de formation et leur utilisation dans votre contexte.



Durée :
45 minutes

Objectifs de la session :

À la fin de cette unité, les participants seront capables de :

- Réfléchir sur leurs attentes par rapport à la formation.
- Convenir des règles (normes) de base de la formation.

APERÇU DE L'UNITÉ

DURÉE ET MÉTHODOLOGIE

- 15 minutes : Brise-glace/présentations
- 15 minutes : Règles de base, attentes et programme
- 15 minutes : Évaluation des connaissances*



*Note : Les participants peuvent commencer l'évaluation de connaissances pendant l'inscription et la terminer pendant cette session pour gagner du temps.

PRÉPARATION

- Imprimer, télécharger et réunir les supports comme indiqué ci-dessous
- Préparer deux feuilles de tableau à feuilles mobiles :
 - Une intitulée : *Règles de base*
 - Une intitulée : *Questions en suspens*
- Préparer un polycopié avec le *programme de la formation*, des informations détaillées sur les sessions, les sous-thèmes et l'emploi du temps
- Préparer des petites feuilles de papier sur lesquelles figurent des numéros
- Placer le *programme de la formation*, les *objectifs d'apprentissage*, le *pré-test*, les marqueurs, et les post-its sur les tables pour les participants avant le début de la journée

IMPRIMER :

Les polycopiés, un par participant :

- Programme de la formation*
- Pré-test*

Cahier du participant :

- Objectifs d'apprentissage*

TÉLÉCHARGER :

Présentation :

- Diapositives 1 à 2

RÉUNIR :

- Un projecteur et un ordinateur avec son
- Papier de tableau à feuilles mobile
- Marqueurs, stylos ou crayons en couleurs différentes
- Post-its avec différentes couleurs

GUIDE DÉTAILLÉ DE LA SESSION

PRÉSENTATIONS/BRISE-GLACE

Saluer les participants chaleureusement. Il se peut qu'il y ait des demandes d'ouverture formelle par des dignitaires nationaux. Veuillez essayer de concilier ces demandes dans les délais les plus courts. Se **présenter** et **évoquer** brièvement vos qualifications. **Remercier** les participants de leur présence en dépit de leur emploi du temps chargé, de l'usure et des circonstances difficiles.

Montrer la diapositive 2 : *Quel est votre super pouvoir ?* Comme activité brise-glace, **inviter** les participants à dire leur nom et parler d'un super pouvoir qu'ils apporteraient à leurs efforts pour dispenser des soins cliniques de haute qualité aux personnes survivantes de violence sexuelle. **Expliquer** que nous avons tous certaines forces que nous apportons à notre travail et à nos vies. Par exemple, certaines personnes savent très bien rester calmes et avoir les idées claires dans des contextes très stressants. Il se peut que d'autres sachent bien faire preuve d'empathie et de préoccupation pour les personnes étrangères ou motiver leur collègues à garder un moral solide. Citer une de vos forces sur laquelle vous vous appuyez pour être un prestataire exceptionnel pour les personnes survivantes.

DISCUSSION DE GROUPE : RÈGLES DE BASE, ATTENTES ET PROGRAMME

Dire aux participants où se trouvent les toilettes et les encourager à quitter la salle de formation calmement si nécessaire. **Préciser** quand vous commencerez et quand vous finirez chaque journée et quels arrangements sont pris pour les pauses du matin et de l'après-midi. **Noter** toute information pertinente concernant la sécurité comme les zones sécurisées et les téléphones disponibles.



Note : Penser à créer un groupe WhatsApp ou une plateforme similaire pour communiquer avec l'ensemble des participants. Cela vous aidera à partager des informations importantes sur la formation et la sécurité.

Présenter le tableau à feuilles mobiles intitulé « Règles de base » :

- **Expliquer** que les règles de base font l'objet d'un consensus pour aider le groupe à travailler ensemble, créer un environnement d'apprentissage sûr et respectueux, et accomplir les tâches de manière efficace.
- **Demander** aux participants de suggérer des règles de base. Écrire leurs suggestions sur le tableau à feuilles mobiles. Parmi les éventuelles règles de base figurent la participation, l'écoute respectueuse, la prise de parole d'une personne à la fois, le fait d'éteindre les téléphones portables et les bipers, de respecter la confidentialité et d'être à l'heure.
- **Reconnaître le fait que la violence basée sur le genre est répandue et que certains participants de cette formation peuvent être des personnes survivantes elles-mêmes.** Établir une règle de base qui est acceptable si une personne a besoin de s'excuser pour

prendre une pause par rapport à un contenu qui peut susciter des réactions et que vous, en tant que facilitateur, vous êtes disponible pour parler avec quelqu'un en privé sur un élément en lien avec des ressources, si besoin.

Demander aux participants d'écrire au moins une à trois attentes chacune sur un post-it de couleur concernant ce qu'ils peuvent espérer apprendre du cours. **Demander** aux participants de coller les notes sur le mur ou sur un tableau à feuilles mobiles devant la salle. Ensuite, **demander** aux participants d'écrire sur des post-it séparés :

- Une chose qui leur fait peur par rapport au fait de travailler avec des personnes survivantes (par exemple, « Je crains de ne pas savoir quoi dire »), et
- Une chose qui les enthousiasme par rapport au fait d'être capable de dispenser des services de haute qualité aux personnes survivantes (par exemple, « ce travail est très important »).

Grouper les post-it et examiner les attentes des participants par rapport à la formation, parallèlement à leurs craintes et les raisons pour lesquelles ils se réjouissent à l'idée de faire ce travail et de suivre cette formation. **Parcourir** les objectifs d'apprentissage du cahier du participant et identifier les attentes qui ont des chances d'être satisfaites. **Signaler** les attentes qui peuvent se situer au-delà de la portée du cours. **Noter** que cette formation couvre les aspects de meilleures pratiques en matière de collecte de preuves médico-légales et de prise en charge clinique des enfants survivants, en revanche, elle ne se substitue pas à la formation approfondie sur ces domaines de spécialité. Garder la liste pour l'examiner avec les participants à la fin de la formation pour veiller à ce que les attentes réalistes soient concrétisées.

Examiner brièvement le programme de formation avec les participants.

Présenter le tableau à feuilles mobiles intitulé « Questions en suspens ». **Expliquer** que pendant la formation, toutes les questions qui ne peuvent pas être traitées à ce moment-là, seront notées dans les « questions en suspens ». Pendant la formation, le facilitateur se référera à ces questions et les traitera lorsqu'elles seront pertinentes.

ÉVALUATION DES CONNAISSANCES



Note : Pour gagner du temps, vous pouvez distribuer le pré-test pendant l'inscription. Les participants peuvent commencer à répondre aux questions et terminer après conclusion des activités.

Dire aux participants qu'ils disposent de 25 minutes pour répondre aux questions du Pré-test. **Préparer** des petites feuilles de papier des petites feuilles de papier sur lesquelles figurent des numéros. **Demander à** chaque participant de choisir un numéro. **Expliquer** que ce numéro sera utilisé pour les tests et d'autres évaluations pendant la formation. **Noter** les noms des participants et les numéros, ensuite **demander** aux participants de noter leur numéro sur leur test. **Récupérer** tous les pré-tests à la fin du temps alloué.

Durée :

210 minutes (4 heures 30 minutes)

Objectifs de l'unité :

À la fin de cette unité, les participants seront capables de :

- Expliquer le lien entre la violence basée sur le genre et les violations des droits humains.
- Définir la violence basée sur le genre.
- Décrire les principes directeurs du travail avec les personnes survivantes de violence sexuelle.
- Sensibiliser et développer une empathie par rapport aux difficultés auxquelles les personnes survivantes qui sont confrontées à la violence lorsqu'elles sollicitent un soutien.
- Mettre en évidence la façon dont les normes sociales peuvent impacter la capacité des personnes survivantes à solliciter de l'aide et avoir accès aux soins, y compris les populations spéciales.*
- Encourager les participants à envisager ce qu'ils peuvent faire en tant que prestataires pour fournir une réponse empathique aux personnes survivantes de violence sexuelle.
- Réfléchir de manière critique sur les perceptions et les croyances des participants qui peuvent affecter la qualité des soins dont bénéficient les personnes survivantes y compris les membres de populations spéciales.*

APERÇU DE L'UNITÉ

DURÉE ET MÉTHODOLOGIE

- 20 minutes : Vidéo et discussion de groupe
- 40 minutes : Présentation du facilitateur et vidéo
- 90 minutes : Activité en groupe : À sa place
- 60 minutes : Activité en groupe : Couvert.e de culpabilité
- 60 minutes : Activité sur la clarification des valeurs : Marquez votre mécontentement

Cette unité commence avec une vidéo et elle est suivie d'une présentation et d'activités d'apprentissage interactif. Le début de la session présente le sujet de violence sexuelle avec un clip documentaire. La session met en évidence les principes directeurs du travail avec les personnes survivantes de violence basée sur le genre : **sécurité, confidentialité, respect**, et la **non-discrimination**. Les activités intitulées À sa place et Couvert.e de culpabilité donne la possibilité d'explorer comment les normes sociales et la discrimination affectent les capacités des personnes survivantes à solliciter de l'aide et accéder aux soins et encouragent les participants à envisager ce qu'ils peuvent faire pour fournir une réponse empathique à l'égard des personnes survivantes de violence. L'activité finale, « Marquez votre mécontentement », est un exercice de clarification des valeurs. Elle défie les participants de réfléchir de manière critique à leurs propres perceptions et croyances qui affectent la qualité et le type de soins administrés aux personnes survivantes, y compris les personnes survivantes issues de populations vulnérables.

PRÉPARATION

- Imprimer, télécharger et réunir les supports comme indiqué ci-dessous



Note : Des directives explicatives complémentaires sur le kit pratique « À sa place » sont incluses pour ceux qui ne connaissent pas la facilitation de cet exercice.

- Mettre à jour la présentation avec :
 - Des statistiques existantes concernant la prévalence de la violence sexuelle dans le contexte de la région sur la diapositive 8
 - Ajouter une définition légale du viol dans le contexte concerné sur la diapositive 20
- Tableau à feuilles mobiles : Dessiner un arbre vierge sur la VBG (voir l'exemple sur la page suivante)
- *Activité intitulée À sa place* :
 - Imprimer un jeu de chaque *Cartes sur les histoires de personnages* (Amina, Carol, Mazuba et Kemi)
 - Écrire une copie de chacune des 15 affiches de lieux (religion, Amis & Voisins, Violences, Police, Soins médicaux, Famille, ONG, Travail, Retour à la maison, Chance, Leader culturel, Soigneur traditionnel, Continuer, Éducation, et Camp) et coller sur les murs autour de la salle. Veiller à ce qu'elles soient bien réparties pour faciliter les déplacements des participants.
 - Distribuer à l'avance les *Cartes sur les histoires de personnages* à chaque lieu
- *Activité Couvert.e de culpabilité* :
 - Fournir 11 châles/foulards ou feuilles de journaux
 - Imprimer des scénarios et découper des cartes à distribuer aux participants, ou créer des cartes sur les personnages en écrivant le nom du personnage sur un côté de la fiche et le scénario correspondant au personnage de l'autre côté
- *Activité de clarification des valeurs intitulée Marquez votre mécontentement* :
 - Sélectionner 5 à 6 déclarations

* Pour cette formation, le terme de « populations spéciales » doit être compris comme une référence aux groupes qui sont exclus ou marginalisés en fonction de leurs identités ou caractéristiques, y compris mais sans se limiter aux personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres, queer, intersexes et asexuées (LGBTQIA) ; aux adolescent.e.s ; aux personnes vivant avec un handicap ; aux travailleur.se.s du sexe ; et aux minorités religieuses ou ethniques.

IMPRIMER :

- *Cartes sur les personnages « À sa place », Élever la voix, et Program for Appropriate Technology in Health (PATH). Dans le kit pratique À sa place, 2011*
 - *Cartes sur le personnage Couvert de culpabilité*
- Cahier du participant :
- *Référence DMU*
 - *Termes et définitions fondamentales*

TÉLÉCHARGER :

Vidéos :

- ** [Iraqi Refugees in Jordan: Gender-based Violence](#), [Réfugiés irakiens en Jordanie : violence basée sur le genre] 6:03 minutes*
- ** [Violence against women: Strengthening the health sector response](#), 3:27 minutes*

Présentation :

- *Diapositives 3 à 34*

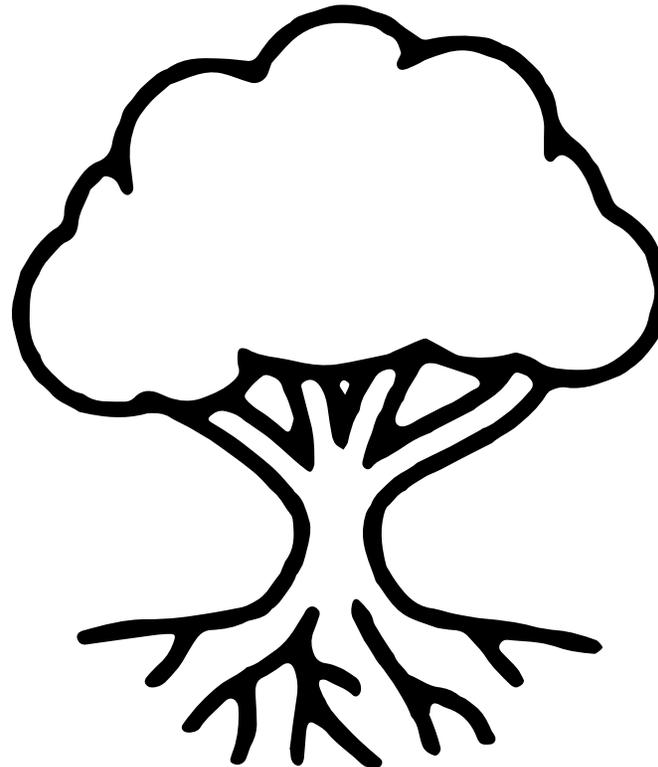
RÉUNIR :

- *Un projecteur et un ordinateur avec son*
- *Marqueurs, stylos ou crayons*
- *Scotch*
- *11 châles, foulards ou feuilles de journaux*

* Women's Refugee Commission, 2009, 6:03 minutes
Organisation mondiale de la Santé, 2016, 3:27 minutes



*Note : Cette vidéo n'est disponible qu'en anglais. Vous pouvez utiliser une autre vidéo comparable sur le thème de cette activité.



GUIDE DÉTAILLÉ DE LA SESSION

VIDÉO ET DISCUSSION DE GROUPE

Après **avoir averti le public** que certaines scènes peuvent déclencher de fortes réactions sur le plan émotionnel, montrer la vidéo *Iraqi Refugees in Jordan* à partir du début et l'arrêter à 2 minutes, 20 secondes. Prendre 10 minutes pour **faciliter** une discussion de groupe avec les relances suivantes :

- Qu'avez-vous ressenti ?
- Pensez-vous que toutes les personnes survivantes peuvent avoir accès aux soins médicaux ?
- (Les personnes diront probablement non, ensuite demander :) Pourquoi pas ? Quels sont les obstacles ?

Rester concentré sur les questions et ne pas laisser la discussion s'éloigner du sujet. Le but de cette discussion est de présenter les principes directeurs et la manière dont le respect de ces principes améliorerait l'accès aux soins de santé des personnes survivantes. **Montrer** la diapositive 5, **guider** la discussion à propos des obstacles à l'accès aux soins médicaux après une attaque, qui comprennent :

- Les personnes survivantes sont stigmatisées et blâmées pour cette violence.
- Les prestataires de soins consultés par les personnes survivantes doivent respecter la confidentialité. Personne ne doit savoir que la personne survivante vient solliciter les services de soins de santé. Si la confidentialité n'est pas respectée, les personnes survivantes n'auront pas recours aux soins.
- L'agresseur peut menacer de faire du mal à la personne survivante si elle ou s'il parle de la violence sexuelle à quelqu'un. Il est important de garantir la sécurité de la personne survivante.
- Les personnes survivantes peuvent être réticentes à l'idée de recourir à des services de soins si elles ont le sentiment que le prestataire ne les respecte pas ou les considère responsables de ce qui s'est passé.
- Les personnes survivantes peuvent être dans l'incapacité d'accéder aux soins si elles ne sont pas mariées, si elles sont de sexe masculin, si elles sont des personnes LGBTQIA, d'un groupe ethnique ou religieux différent, ou pour beaucoup d'autres raisons y compris la peur et la stigmatisation.

Conclure la discussion en introduisant les principes directeurs pour les soins des personnes survivantes de violence sexuelle.

Écrire les principes directeurs sur un **tableau à feuilles mobiles** : **sécurité, confidentialité, respect et non-discrimination**. **Expliquer** que si ces principes directeurs sont intégrés dans les services des participants, l'accès des personnes survivantes aux soins post-agression sera amélioré.

Afficher les principes directeurs écrits à un endroit bien en vue sur le mur et y faire référence tout au long des sessions suivantes.

PRÉSENTATION DU FACILITATEUR ET VIDÉO

Montrer les diapositives 6-8 et **évoquer** l'utilisation des notes de présentation sur la VBG et les droits humains.



Note : Diapositive 8 : Étendue du problème : Les statistiques sont optionnelles. Les cacher avant le début de la présentation si elles ne vont pas être utilisées et si elles n'ont pas été actualisées à l'aide d'informations spécifiques au contexte concerné. Trouver les statistiques existantes concernant la prévalence de la violence sexuelle dans le contexte de la région, à inclure dans la diapositive.

Discuter et **s'arrêter** sur la diapositive 9 avant de passer à la diapositive 10 : *Arbre sur la VBG*. **Ne pas montrer la diapositive jusqu'à ce que l'activité suivante soit terminée**. **Déplacer** le tableau à feuilles mobiles avec l'illustration de l'arbre devant les participants.

Demander : Pourquoi la VBG survient-elle ? **Expliquer** que ceci est l'arbre de VBG. Il comporte des racines, un tronc et des branches. Les branches représentent des exemples de VBG, le tronc représente les facteurs contributifs, les racines représentent les causes sous-jacentes ou profondes. Pensons à des exemples de VBG. **Arrêter** la discussion quand vous avez 5-8 exemples. **Écrire** les exemples sur les branches de l'arbre. Par exemple :

- **Mutilation génitale féminine** : Pratique consistant à retirer une partie ou l'intégralité des organes génitaux d'une fille ou d'une femme.
- **Maltraitance liée à la dot** : Un « assassinat lié à la dot » survient quand une nouvelle mariée est assassinée par son mari ou sa belle-famille s'ils ne sont pas contents d'elle, plutôt que de la rendre à sa famille et rendre la dot.
- **Isolement** : Une femme mariée n'est pas autorisée à sortir de chez elle ou à disposer de son propre argent.

Expliquer que tous ces cas sont des exemples de VBG, mais beaucoup d'autres peuvent nous venir à l'esprit. Les différentes formes de VBG sont des exemples de différents types de violences : sexuelles/ physiques (y compris les pratiques traditionnelles dangereuses), émotionnelles et économiques.

Écrire les types suivants de violence sur le tronc de l'arbre : sexuelle, physique, émotionnelle/mentale/ sociale, économique, pratiques traditionnelles dangereuses. Préciser à quelle catégorie correspondent les exemples cités précédemment. Expliquer que pour concevoir des programmes efficaces de VBG pour les urgences, nous devons comprendre les facteurs contributifs et les causes sous-jacentes de la VBG.

- **Les facteurs contributifs** sont des facteurs qui perpétuent ou accroissent le risque de VBG et influencent le type et la portée de la VBG dans n'importe quel contexte. Les facteurs contributifs ne causent pas de VBG, mais ils sont associés à certains actes de VBG. Par exemple, la consommation d'alcool/de drogues est un facteur contributif, mais toutes les personnes qui ont des problèmes d'abus de substance ne font pas du mal à leurs partenaires ou elles ne commettent pas toutes des actes de violence sexuelle envers les autres. Les guerres, les déplacements et la présence de combattants armés sont tous des

facteurs contributifs mais tous les soldats ne commettent pas des agressions sexuelles contre des personnes civiles. La pauvreté est un facteur contributif, mais toutes les personnes confrontées à la pauvreté ne subiront pas d'exploitation sexuelle ou ne se livreront pas au travail du sexe. Noter que beaucoup de facteurs contributifs peuvent être éliminés ou réduits de manière significative grâce à des activités de prévention.

- **Les causes sous-jacentes** de toutes les formes de VBG reposent sur l'attitude de la société envers le genre et les pratiques de discrimination liée au genre, de même que les rôles, les responsabilités, les limites, les privilèges et les possibilités offertes à une personne en fonction de son genre. La réponse donnée aux causes profondes par le biais des activités de prévention nécessite une action sur la durée, le long terme avec des changements lents sur une longue période. **Demander** des exemples de causes profondes et les noter au niveau des racines.

Quand les illustrations du tableau à feuilles mobiles ont été remplies et une fois la discussion terminée, **montrer** la **diapositive 10** avec tous les points connexes en tant que résumé.

En fonction du contexte et de la pertinence, vous pouvez **demander** « Comment une urgence mondiale comme la pandémie de COVID-19 ou Ebola pourrait affecter les risques de violence qu'un individu peut subir ? » Par exemple, les signalements des personnes survivantes forcées de s'isoler avec leurs agresseurs, les revenus en baisse du ménage et les impacts économiques au sein des communautés. etc. Après **avoir fait appel** à quelques volontaires, **préciser** que pendant la pandémie les incidents de violence basée sur le genre, y compris la violence basée sur le genre a augmenté de manière dramatique.

Montrer les **diapositives 12-29** et **en discuter** en utilisant les notes et les activités de la présentation.



Note : Diapositive 20 : La définition légale du viol *doit être mise à jour au préalable avec la définition du viol de votre contexte avant la formation.*

Conclure la présentation après la **diapositive 30** en examinant les **Termes & définitions fondamentaux** dans le **cahier du participant**. Ensuite lancer la vidéo animée de l'OMS **Violence against women: Strengthening the health sector response** [Violence contre les femmes : renforcer la réponse du secteur de la santé] (3 minutes, 26 seconds).

ACTIVITÉ EN GROUPE : À SA PLACE⁷

Orienter l'attention des participants vers les affiches des 15 lieux collées sur les murs autour de la pièce. **Expliquer** : « Nous allons avoir la possibilité d'être à la place d'une personne survivante qui a subi des actes de violence sexuelle. Nous prendrons les décisions à laquelle une personne

survivante est confrontée et nous aborderons ces décisions. » **Diviser** le groupe en petits groupes de 3-6 participants.

Expliquer qu'il s'agit d'une expérience guidée et que les décisions seront prises après discussion et sur consensus du groupe.

Attribuer à chaque groupe une **carte sur une histoire** d'un personnage différent. S'il y a plus de groupes que de cartes, attribuer la même histoire à plusieurs groupes. Dans ce scénario, laisser les groupes commencer en décalé (5 minutes après le premier groupe) pour éviter que plusieurs groupes soient au même poste. (Voir **les cartes de personnages** et les cartes de situation pour À sa place.)

La carte comportera les instructions au bas. **Demander** aux participants de chaque groupe de suivre ces instructions. À chaque poste, les participants trouveront une carte qui est pertinente par rapport à leur personnage. **Demander** aux participants de lire leur carte et de prendre des décisions en fonction des informations fournies.

Les participants disposeront de 60 minutes pour cette activité. À la fin de cette activité, le facilitateur doit **faciliter** une discussion de 30 minutes en plénière et poser les questions suivantes :

- **Qu'avez-vous ressenti en parcourant l'histoire de cette personne ? Avez-vous été capable de vous mettre « à sa place » ?**
- **Que pensez-vous des possibilités offertes à la personne survivante en termes d'aides et de choix qu'elle a pu faire ?**
 - Approfondir : Est-ce qu'elle a toujours été libre de décider et d'accéder aux services ?
 - Approfondir : De quel pouvoir a-t-elle disposé et comment les autres ont-ils utilisé leur pouvoir ?
- **Quel est l'élément qui a fait que la femme a eu du mal à fuir des situations violentes ?**
- **Pensez-vous qu'il y a eu des cas de violence qui ont été provoqués ou justifiés ? Quels éléments vous ont donné ce sentiment ?**
 - Approfondir : Pourquoi blâmons-nous certaines femmes et pas d'autres ?
 - Approfondir : Devrions-nous blâmer une personne par rapport aux actes de violence commis contre elle ?
- **Comment les prestataires de services et d'autres ont-ils répondu à la personne survivante ?**
 - Approfondir : Que se passe-t-il quand nous ne croyons pas les personnes survivantes qui sollicitent un soutien quand elles subissent de la violence ?
 - Approfondir : Comment auraient-elles pu faire cela mieux ?
- **Que pensez-vous de l'activité et de ces questions si la personne évoquée dans l'histoire est un homme, une personne LGBTQIA, une personne vivant avec un handicap, un.e travailleur.se du sexe ou une personne d'un autre profil ?**

7. Cette activité est adaptée de Raising Voices, et Program for Appropriate Technology in Health (PATH). [In Her Shoes Toolkit](#), 2011.

ACTIVITÉ EN GROUPE : COUVERTE DE CULPABILITÉ⁸

Demander à 12 participants de se porter volontaires pour participer à l'activité. Inviter les autres à être des observateurs. **Demander** à un volontaire de jouer le rôle de Maya - une femme qui a subi de la violence. **Distribuer** à chacun des 11 autres participants une **carte de personnage** et un **châle** ou une **feuille de journal**.

Dire à Maya de s'asseoir au milieu. Elle s'assoit sur un siège devant et fait face au public. Les autres participants se tiennent autour d'elle en cercle, en faisant face à l'extérieur du cercle (et non à Maya). Chaque participant tient un **châle** ou une **feuille de journal**.

En tant que facilitateur, se tenir en dehors du cercle et **lire** le scénario de l'histoire de Maya. Ensuite, dans l'ordre des personnages présentés ci-dessous, **expliquer** qui Maya doit approcher en premier. **Inviter** le premier personnage à répondre en lisant la déclaration qui figure sur la **carte du personnage**. Après avoir fait cela, le participant doit avancer et **placer** un **châle/journal** sur Maya.

PROCESSUS DE COUVERTURE (COUVRIR AVEC UN CHÂLE OU JOURNAL) :

Personnages :

- amie
- SA mère (mère d'une femme/fille)
- Voisin
- SA mère (mère d'un homme/garçon)
- agent de santé communautaire (femme)
- prêtre/leader religieux (masculin)
- fille
- police
- travailleur.se social.e
- avocat
- médecin

Demander à chaque personnage de lire la déclaration qui figure sur leur **carte** de personnage après quoi le personnage avance et place un **châle** ou un **journal** sur Maya. Après que tous les 11 personnages ont placé un **châle** ou un **journal** sur Maya, **demander** à Maya pourquoi elle n'est pas partie. **Attendre** sa réponse.

Ensuite, **demander** à chaque personnage d'inverser le processus en lisant la déclaration sur la **carte** de personnage sur le **verso** et retirer un **châle/journal** de Maya. Cette fois, les personnages doivent être face à Maya, côté intérieur du cercle, et lire les déclarations dans l'ordre inversé (en commençant avec le médecin et en terminant avec l'amie).

SCÉNARIO : HISTOIRE DE MAYA

Maya a trente-cinq ans. Elle est mariée depuis 10 ans. Elle a deux enfants âgés de sept et neuf ans. Maya travaille dans sa communauté d'accueil dans une usine de confection où elle coud des vêtements pour une grande entreprise étrangère. Son mari, Lee, travaille pour une usine de construction automobile. Peu de temps après la naissance de leur dernier enfant, Lee a commencé à la battre et a fini par la forcer à avoir des rapports sexuels. Cela a continué pendant plusieurs années et empiré. L'alcoolisme de Lee s'est aggravé. Un jour quand elle a été contrainte de rester travailler tard pour coudre des vêtements pour une grosse commande, le responsable de l'usine de confection l'a déposée chez elle. Lee les a vus ensemble et il est devenu jaloux et s'est mis très en colère. Il l'a battue et violée avec une telle brutalité qu'elle s'est fracturée le bras, elle a eu une grosse entaille sur le front, des contusions sur tout le corps et un œil au beurre noir. Ses enfants ont assisté à la scène et ils ont eu très peur que quelque chose arrive à leur mère. Maya n'en pouvait plus, elle a craint pour sa vie et elle a décidé de prendre des mesures. Elle a contacté ses amies, sa famille, un.e travailleur.se social.e au sein d'une ONG, un médecin et la police.

Les participants disposent de 45 minutes pour cette activité. Ensuite, le facilitateur doit **faciliter** une discussion de 15 minutes en plénière en posant les questions suivantes :

- Demander :
 - À la personne survivante ce qu'elle a ressenti.
 - Aux autres personnages ce qu'ils ont ressenti.
 - Aux observateurs ce qu'ils ont ressenti.
- Que pensez-vous des possibilités offertes à la personne survivante en termes d'aides et de choix qu'elle a pu faire ?
 - Approfondir : Est-ce qu'elle a toujours été libre de décider et d'accéder aux services ?
 - Approfondir : De quel pouvoir a-t-elle disposé et comment les autres ont-ils utilisé leur pouvoir ?
 - Approfondir : Comment les tensions au sein des communautés d'accueil contre les personnes réfugiées comme Maya et Lee pourraient-elles affecter les capacités ou la volonté des personnes survivantes de solliciter de l'aide ?
- Quel est l'élément qui a fait que la personne survivante a eu du mal à fuir des situations violentes ?
- Pensez-vous qu'il y a des cas où la violence contre la personne survivante a été justifiée ?
- Comment les prestataires de services et d'autres ont-ils répondu à la personne survivante ?
 - Approfondir : Que se passe-t-il quand nous ne croyons pas les personnes survivantes qui sollicitent un soutien quand elles subissent de la violence ?
 - Approfondir : Comment auraient-elles pu faire cela mieux ?

8. Cette activité est adaptée du programme de l'Organisation mondiale de la Santé. *Caring for Women Subjected to Violence: A WHO Curriculum for Training Health-Care Providers*. Organisation mondiale de la Santé, 2019. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039803>.

Conclure À sa place et Couverte de culpabilité en **partageant** les messages clés suivants :

- À sa place et Couverte de culpabilité illustrent les décisions difficiles que les personnes survivantes affrontent face à la violence et la manière dont elles ont réagi.
- Les personnes survivantes prennent des décisions importantes en termes de sécurité à tout moment, et elles sont les personnes qui connaissent le mieux leur situation.
- Les personnes survivantes ont souvent très peu, le cas échéant, d'options pour solliciter le soutien ou échapper à des situations violentes. Bon nombre de facteurs peuvent empêcher une personne survivante de solliciter de l'aide, y compris les obstacles économiques, la stigmatisation sociale, les obstacles juridiques et les menaces physiques.
- Les auteurs de violence poussent souvent les personnes survivantes à penser que la violence est de leur faute plutôt que celle des agresseurs, ce qui rend le recours à l'aide difficile pour elles.
- Beaucoup de personnes survivantes se sentent obligées de rester dans des situations violentes car elles ne seront pas acceptées ou appuyées si elle partent.
- Quand la violence est considérée comme normale, les personnes survivantes ont souvent le sentiment qu'elles doivent simplement l'accepter et la supporter. Beaucoup de personnes survivantes ne sont pas crues ou sont rejetées pour leur réaction exagérée surtout quand la violence est normalisée. Il s'agit d'exemples de normes inégales au sein de nos communautés.
- La violence basée sur le genre n'est jamais justifiée. Peu importe que la personne survivante soit mariée, ce qu'elle porte, et comment elle agit, ce qu'est sa religion, ou tout autre facteur.
- Le recours à la violence est un choix de la part des agresseurs. Il n'est pas acceptable que les maris de discipliner leurs femmes.
- Les personnes survivantes ne doivent pas être blâmées par rapport à ce qu'il leur est arrivé. Il est important de ne JAMAIS accuser la personne survivante. Nous pouvons aussi rappeler aux autres de ne pas accuser les personnes survivantes des violences qu'elles ont subies.
- Nous pensons souvent à la violence comme la violence physique et/ou des actes commis par les étrangers. En conséquence, nous ne reconnaissons pas les autres types de violence quand nous y assistons. Cela inclut la violence ou l'exploitation sexuelles ou émotionnelles exercées par un partenaire intime.
- Les prestataires de soins peuvent aider les personnes survivantes de diverses manières sur la voie de la guérison.
 - Pueden comunicarse con las personas sobrevivientes que sospechan que están experimentando violencia y preguntarles sobre ese tema.
 - Pueden escuchar las historias de las personas sobrevivientes y mostrar empatía por sus sentimientos.
 - Pueden crear en las experiencias de las personas sobrevivientes y no culparlas por la violencia.
 - Pueden preguntarle por sus necesidades e inquietudes, alentarlas a buscar opciones, apoyarlas para que tomen las decisiones adecuadas para ellas, respetar los deseos y elecciones de las personas sobrevivientes.

- Ces exercices nous aident à comprendre que les personnes survivantes ont besoin d'empathie et de réponses sans jugement. Nous reviendrons sur ces thèmes tout au long de la formation.

ACTIVITÉ SUR LA CLARIFICATION DES VALEURS : MARQUEZ VOTRE MÉCONTENTEMENT⁹

Trouver un espace où les participants peuvent facilement se déplacer. Si le groupe est trop important, le diviser en 2-3 groupes et conduire l'exercice dans 2-3 espaces différents (par exemple, salle séparée ou différentes extrémités de la salle).

Intituler/Dénommer un côté de l'espace comme « **D'accord** » et l'extrémité opposée comme « **Pas d'accord** ». **Demander** aux participants de chaque groupe de se mettre au milieu sur une ligne droite.

Lire une des déclarations énumérées dans la *clarification des valeurs* : *Déclarations sur Marquez votre mécontentement* à haute voix.

Demander aux participants de répondre en se déplaçant au plus près de l'affiche/du côté désigné comme « d'accord » ou « pas d'accord » avec la déclaration en fonction de leur accord ou désaccord avec la déclaration. **Demander** aux participants de choisir leur positionnement en fonction de leur degré d'accord ou de désaccord avec la déclaration.

Après chaque déclaration, **faciliter** une discussion sur les raisons pour lesquelles les personnes choisissent la réponse qu'elles ont choisie. Cela permettra d'approfondir leurs systèmes de croyances sous-jacentes. **Accorder** du temps au débat entre les personnes aux points de vue divergents en **demandant** à chaque partie d'expliquer leur point de vue à l'autre partie. Après un court débat, **demander** aux personnes si elles veulent changer leur positionnement.

Répéter cela en **lisant** environ 4-5 déclarations en fonction du temps disponible.

Note : Des faits sur la VBG figurent dans les déclarations pour que vous les utilisiez dans le cadre de la discussion si besoin. Cet exercice peut être très personnel et crée un malaise chez certains participants. Il peut causer un sentiment d'isolement chez certains participants si leurs valeurs ne s'alignent pas sur les valeurs des autres membres du groupe ou créer des sentiments de négativité envers leurs pairs. Si vous constatez que cela est exprimé, alterner les déclarations sur la VBG avec celles qui sont dans la catégorie divers pour créer une atmosphère rassurante.

Il est important de **maintenir** une atmosphère sans jugement pendant cet exercice. **Permettre** à chaque personne d'exprimer ses pensées sans porter de jugement sur qui a raison ou tort. Il s'agit de questions compliquées et émotionnelles, et certains participants peuvent réagir vivement face aux déclarations et aux opinions des autres. **Se souvenir**, que chacun apporte son propre point de vue à cet exercice.

9. L'activité est adaptée du programme de l'Organisation mondiale de la Santé. *Caring for Women Subjected to Violence: A WHO Curriculum for Training Health-Care Providers*. Organisation mondiale de la Santé, 2019. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039803>.

CLARIFICATION DES VALEURS : MARQUEZ VOTRE MÉCONTENTEMENT

Déclaration	Points optionnels à discuter
Les hommes ont souvent une bonne raison de recourir à la violence contre leurs partenaires.	Il n'y a jamais d'excuse ou de justification pour ce type de violence. Elle ne doit jamais être utilisée comme forme de pouvoir ou de contrôle.
Les femmes sont aussi violentes que les hommes dans les relations.	Les rares études axées sur les populations qui ont examiné les violences commises par les femmes ont constaté que la violence subie par les hommes aux mains de leurs partenaires féminines est moins fréquente que la violence subie par les femmes aux mains de leurs partenaires masculins. Les études exploratoires ont montré que les violences commises par les femmes ne sont pas aussi graves en termes de blessures physiques et que la violence est souvent la conséquence de violences commises par les hommes.
Un.e travailleur.se du sexe ne peut pas être violé.e.	Le fait qu'une personne vende des rapports sexuels pour gagner sa vie, ne signifie pas qu'elle est toujours prête et désireuse d'avoir des rapports sexuels avec n'importe qui. Le viol est un acte qui consiste à forcer quelqu'un à avoir des rapports sexuels. Les travailleur.se.s du sexe sont souvent contraint.e.s d'avoir des rapports sexuels en raison de la stigmatisation selon laquelle qu'ils/elles sont toujours disponibles pour des rapports sexuels. Il s'agit d'un viol si les client.e.s et client.e.s potentiel.le.s forcent les travailleur.se.s du sexe à avoir des rapports sexuels. Si quelqu'un a des rapports sexuels avec vous, même quand ils sont payés, cette personne n'a pas le droit d'avoir des rapports sexuels avec vous à nouveau sans votre consentement.
La plupart des femmes sont maltraitées par des étrangers. Les femmes sont en sécurité quand elles sont chez elles.	Des études montrent que dans certains contextes, la majorité des auteurs d'abus sexuels sont des personnes connues des personnes survivantes. En outre, la violence exercée par un partenaire intime – autrement dit, la violence physique et/ou sexuelle - est la forme de violence la plus couramment subie par les femmes. En conséquence, malheureusement pour beaucoup de femmes, le domicile n'est pas forcément un espace sûr.
Les hommes qui ont des rapports sexuels avec les hommes ne subissent pas de violence basée sur le genre.	La violence basée sur le genre est définie comme « un terme générique pour tout acte préjudiciable commis contre la volonté d'une personne et qui s'appuie sur des différences entre les hommes et les femmes, attribuées par la société. » Les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes défient les rôles attribués par la société aux hommes et aux femmes, subissent des violences de ce fait. Cela est considéré comme une forme de violence basée sur le genre.
Les femmes qui portent des vêtements suggestifs provoquent le viol ou les personnes survivantes de violence basée sur le genre provoquent la violence par leur comportement inapproprié.	Il n'y a jamais d'excuse ou de justification pour le viol ou n'importe quel type de violence. Les femmes et d'autres personnes qui ont subi des violences ne doivent jamais être blâmées et on ne doit jamais leur dire que c'est de leur faute.
Une femme peut dire « non » si elle ne veut pas avoir des rapports sexuels avec son mari.	Toute personne a le droit de faire respecter son intégrité physique et le droit de refuser des rapports sexuels ou de dire non aux rapports sexuels. Néanmoins, dans de nombreux contextes, les normes liées au genre poussent les femmes et les hommes à croire qu'une fois marié, l'homme a le droit d'avoir des rapports sexuels avec sa femme quand il le veut. Dans beaucoup de pays, les rapports sexuels forcés avec son épouse n'est pas considéré comme un viol. Cependant, toutes les personnes ont le droit de contrôler leur propre corps et sexualité. Cela veut dire que les femmes peuvent dire non aux rapports sexuels avec leurs maris.
Les hommes ne peuvent pas se contrôler. La violence fait tout simplement partie de leur nature.	La commission d'actes de violence est toujours le choix des agresseurs. Cela ne fait pas partie de la nature et ce n'est pas inévitable. La violence est souvent un comportement appris. Des données montrent que les enfants qui sont soumis à la violence eux-mêmes ou qui ont assisté à des actes de violence chez eux, sont plus susceptibles de commettre ou subir des actes de violence commis par un partenaire intime quand ils grandissent.
La violence basée sur le genre est une question privée et elle ne doit pas être évoquée en public ou la violence exercée par un partenaire intime est une question privée et les étrangers ne doivent pas interférer.	La violence basée sur le genre est une question de santé publique avec de graves répercussions sur la santé des femmes et des familles. En outre, des conséquences économiques qui résultent de la nécessité de traiter et de répondre aux impacts sanitaires de même que les effets négatifs sur la productivité économique des personnes survivantes. Elle a aussi des effets conjugués sur les enfants/témoins de violence qui peuvent devenir violents eux-mêmes, se déscolariser et être dans l'incapacité de mener des vies productives en raison de la violence à laquelle ils ont été exposés.
En tant qu'agent de santé, la manière de répondre à une personne survivante qui a subi des violences de la part d'un partenaire ou des abus sexuels est très importante.	Les personnes sujettes à des violences ne révèlent généralement pas leur expérience en raison de la peur d'être accusées ou stigmatisées ou par crainte que personne ne les croit. En tant que prestataire de soins, il se peut que vous rencontriez des personnes survivantes. Même si un.e client.e ne vous révèle pas son exposition à la violence, les études montrent que de tel.le.s client.e.s sont plus susceptibles de recourir aux soins de santé pour un éventail de maladies connexes. Les personnes survivantes indiquent qu'une réponse empathique de la part d'un prestataire de soins peut leur donner confiance pour révéler leur expérience. En conséquence, une réponse empathique, gratifiante et sans jugement est très importante pour les personnes survivantes et pour les mettre sur la voie de la guérison.

Déclaration	Points optionnels à discuter
Si une femme reste avec un partenaire violent, c'est de sa faute.	Une personne peut rester avec un partenaire violent pour beaucoup de raisons. Nous n'avons pas à juger ces personnes. En réalité, le fait de sortir d'une relation violente peut aussi aboutir à un risque accru de violence de la part d'un partenaire dominateur et violent. D'autres raisons comme la dépendance économique et les pressions sociales pour ne pas briser la famille, peuvent aussi empêcher une personne survivante de quitter un partenaire violent.
Si une personne en état d'ébriété est victime d'agression sexuelle, c'est en partie de sa faute car elle a choisi de boire.	Il n'y a jamais d'excuse ou justification pour la violence sexuelle ou de n'importe quel type de violence. Bien que nous encourageons les personnes à rester conscientes de leur environnement et des risques potentiels d'être dans des situations de vulnérabilité ou potentiellement violentes, le fait de ne pas le faire ne signifie pas qu'une personne est responsable de la violence qu'elle a subie.
DÉCLARATIONS DIVERSES (à utiliser si des tensions apparaissent au sein du groupe)	
Je préfère parcourir un kilomètre à vélo que marcher un kilomètre.	
J'adore cuisiner.	
Je suis un.e bon.ne danseur.se.	
Je me sens fière quand quelqu'un pense que j'ai fait du bon travail.	
Les bébés sont mignons.	

Une fois l'exercice terminé, **faciliter** une discussion de groupe à l'aide des questions suivantes comme point de départ.

- Qu'avez-vous ressenti lors de la confrontation des valeurs que vous ne partagez pas ?
- Qu'avez-vous appris grâce à cette expérience ?
- Avez-vous changé d'avis par rapport à un des sujets ?

Encourager le débat au sein du groupe. Être prêt à consacrer du temps à **discuter** des questions qui apparaissent. **Conclure** en renforçant les messages clés suivants :

- Le but de cet exercice a été de réfléchir sur nos croyances personnelles sur les personnes survivantes pour savoir comment nos perceptions et croyances peuvent affecter les soins que, nous, en tant qu'agents de santé, dispensons aux personnes survivantes.
- Nous avons tous des attitudes et croyances qui reflètent les normes et les valeurs de la société dans laquelle nous vivons. Nos attitudes peuvent être en conflit avec celles des autres. Dans les exercices précédents - *À sa place et Couverte de culpabilité* - nous avons vu comment ces normes impactent les expériences et l'accès aux soins des personnes survivantes. Dans cet exercice, nous allons plus loin en réfléchissant comment nous, en tant que prestataires, pourrions refléter les valeurs et croyances sociétales, et les perceptions de la violence dans la manière dont nous dispensons des soins aux personnes survivantes.

- Il est important de respecter les croyances et les attitudes des autres sur l'acceptabilité de la violence, mais aussi de remettre en cause ces attitudes et valeurs ou croyances qui peuvent être néfastes pour les autres.
- Même s'il se peut que nous connaissions la violence basée sur le genre et la manière d'y faire face, il est possible qu'il soit difficile pour nous de travailler sur certaines questions. Le fait d'examiner notre socialisation et la perception de la violence du point de vue de nos cultures, surtout envers les femmes et les filles, peuvent influencer la manière dont nous abordons cette question dans notre travail ou si nous l'abordons.
- Il est important de remettre en cause nos valeurs et croyances et de réfléchir à la question de savoir si elles portent préjudice aux autres ou affectent la façon dont nous traitons les personnes survivantes. Le changement des mentalités prend du temps. Cependant, il est possible de changer nos croyances et il est sain d'examiner nos attitudes et de les adapter, si nécessaire.
- Les personnes survivantes de violence sexuelle ont souvent pleinement conscience de leur environnement et peuvent soupçonner qu'une personne a une opinion négative sur elles. Il est donc important d'avoir conscience de nos croyances. Le but est de limiter les traumatismes, d'établir la confiance avec la personne survivante et d'exprimer le fait que nous faisons confiance à leurs choix et décisions. Il y a une manière de rendre le pouvoir et le contrôle à la personne survivante qui a subi des violences.

Durée :

60 minutes (1 heure)

Objectifs de l'unité :

À la fin de cette unité, les participants seront capables de :

- Décrire les éléments qui doivent être en place dans le système de santé pour fournir des services cliniques aux personnes survivantes.
- Évoquer les signes et symptômes courants de la violence sexuelle et la violence exercée par un partenaire intime.
- Résumer les principes de base de la communication de soutien et la première ligne d'intervention (VIVRE) pour les personnes survivantes.

APERÇU DE L'UNITÉ

DURÉE ET MÉTHODOLOGIE

- 40 minutes : Présentation du facilitateur et discussion de groupe
- 20 minutes : Démonstration : Soutien de première ligne utilisant VIVRE

PRÉPARATION

- Imprimer, télécharger et réunir les supports comme indiqué ci-dessous

IMPRIMER :

Cahier du participant :

- Soutien de première ligne utilisant VIVRE*

TÉLÉCHARGER :

Présentation :

- Diapositives 35 à 65

RÉUNIR :

- Un projecteur et un ordinateur avec son

GUIDE DÉTAILLÉ DE LA SESSION

PRÉSENTATION DU FACILITATEUR ET DISCUSSION DE GROUPE

Partie 1 : Montrer les diapositives 36-54 et à l'aide des notes et activités figurant dans la présentation, **discuter** de la manière de préparer le contexte des soins afin de garantir la disponibilité et l'accessibilité des soins médicaux pour les personnes survivantes de violence sexuelle et de la manière d'identifier les personnes survivantes de violence sexuelle.

Partie 2 : Montrer les diapositives 55-63 et **discuter** à l'aide des notes et activités figurant dans la présentation qui exposent les principes de communication de soutien, notamment en offrant une intervention de première ligne.

DÉMONSTRATION : SOUTIEN DE PREMIÈRE LIGNE UTILISANT VIVRE

Arrêter la présentation à la diapositive 64. **Inviter** un volontaire à vous rejoindre devant le groupe pour faire la démonstration d'une interaction de soutien entre une personne survivante et un prestataire, à l'aide de la *Démonstration du scénario VIVRE*. Le facilitateur joue le rôle du prestataire et le volontaire joue le rôle de la personne survivante. C'est l'occasion pour le facilitateur de faire la démonstration des techniques d'écoute active et de principes de communication de soutien VIVRE.

DÉMONSTRATION DU SCÉNARIO VIVRE

La patiente (participante volontaire) et le prestataire de soins (facilitateur) sont assis face à face, sur des sièges. Le prestataire garde le contact visuel et il ne note rien dans le dossier médical.

Prestataire : Nous avons parlé de vos préoccupations concernant votre santé. Vous avez dit que vous avez des maux de tête récurrents. Les maux de tête pourraient être liés au stress. Subissez-vous du stress ?

Patiente : Je ne sais pas. Parfois je me sens dépassée à la maison.

Prestataire : Y a-t-il quelque chose de spécifique à la maison qui fait que vous vous sentez comme ça ? Le fait d'en parler nous aidera à mieux comprendre votre santé.

Patiente : D'accord, si vous pensez que cela peut aider.

Prestataire : Je pense vraiment que c'est important et que ça pourrait aider. J'ai vu des patientes avec des problèmes de santé comme les vôtres qui ont rencontré des problèmes chez elles. Les problèmes dans votre relation peuvent avoir un impact sur votre santé. Pouvez-vous parler davantage de votre relation ?

Patiente : OK.

Prestataire : Avant de continuer, je veux que vous sachiez que ce que vous me dites est confidentiel et cela veut dire que je n'en parlerai pas à des personnes qui ne sont pas impliquées dans vos soins.

Patient : OK.

Prestataire : Est-ce que tout va bien avec votre partenaire ?

Patiente : Je ne sais pas. Il est très stressé.

Prestataire : Je vois. Que se passe-t-il quand il est très stressé ?

Patiente : Il est très fâché contre moi et parfois il ne se calme pas facilement.

Prestataire : OK. Est-ce qu'il vous a menacé de vous faire du mal ou de vous agresser physiquement d'une manière quelconque quand il se fâche ?

Patiente : C'est arrivé. Il m'a frappée quelque fois l'année dernière mais ensuite ça s'est arrêté. Là il m'a menacé quelque fois au cours de ces derniers mois. *La patiente s'arrête, baisse les yeux et semble mal à l'aise.*

Prestataire : *Hoche la tête et attend quelques secondes.* Il peut être difficile de parler de cela.

Patiente : *Est silencieuse, hoche la tête et ensuite lève les yeux de nouveau.*

Prestataire : *Le prestataire se penche légèrement vers la patiente, avec l'air préoccupé.* Pouvez-vous me parler de la dernière fois que cela est arrivé ?

Patiente : *S'arrête.* Eh bien, quand il est rentré à la maison hier, il était vraiment fâché par rapport à quelque chose et il a menacé de me frapper quand je lui ai demandé pourquoi il était si fâché.

Prestataire : *S'arrête, laisse le temps à la patiente de penser.* Qu'en pensez-vous ?

Patiente : Cela me rend triste et me fait peur. Je ne sais pas quoi faire quand il se fâche. Cela me rend anxieuse rien que d'y penser. *Sur le point de pleurer mais ensuite se reprend.*

Prestataire : *S'arrête.* Le sentiment d'anxiété est courant quand on se sent menacé à la maison. Il est important de savoir que ce n'est pas de votre faute. Tout le monde a le droit de se sentir en sécurité à la maison.

Patiente : Je suis anxieuse mais je ne pense pas qu'il me frappera encore comme il l'a fait l'année dernière.

Prestataire : Avez-vous besoin de quelque chose ou voulez-vous quelque chose pour être moins anxieuse ?

Patiente : Non, je pense que ça va aller.

Prestataire : Il existe des exercices spécifiques qui peuvent être utiles pour se calmer quand on se sent anxieux. Voudriez-vous que je partage une méthode avec vous pour vous aider par rapport à ça ?

Patiente : Oui, ce serait bien, merci.

Conclure l'unité avec une discussion de groupe et un résumé de points clés sur la diapositive 65 sur la communication avec les personnes survivantes et soulever la question sensible de la violence.

Durée :

150 minutes (2 heures 30 minutes)

Objectifs de l'unité :

À la fin de cette unité, les participants seront capables de :

- Résumer les éléments clés du consentement éclairé.
- Décrire les modalités de la collecte d'éléments sur l'historique complet d'un.e patient.e concernant la violence sexuelle et documenter les résultats de manière appropriée.
- Expliquer les composantes de l'examen physique des personnes survivantes de violence sexuelle, notamment l'examen des organes génitaux internes et externes.
- Décrire les principes de la collecte des preuves médico-légales pendant l'examen physique.
- Discuter de l'objectif et de la composition d'un certificat médical.

APERÇU DE L'UNITÉ

DURÉE ET MÉTHODOLOGIE

- 60 minutes : Présentation du facilitateur et discussion de groupe
- 60 minutes : Activité en petit groupe : Études de cas
- 30 minutes : Présentation du facilitateur et discussion du groupe

PRÉPARATION

- Imprimer, télécharger et réunir les supports comme indiqué ci-dessous
- Résumer la responsabilité du prestataire de soins en ce qui concerne le signalement des conclusions médicales à un tribunal du secteur. Demander à un expert juridique d'écrire un bref rapport sur les procédures du tribunal local dans les cas de violence sexuelle et les questions auxquelles il faut s'attendre lors d'un témoignage au tribunal
- Confirmer les capacités du laboratoire pour tester les échantillons avant la formation
- Faire des recherches sur les exigences relatives aux certificats médicaux dans le pays de la formation, où obtenir un exemple de certificat médical et qui est autorisé à remplir ce document

IMPRIMER :

Cahier du participant :

- Sujets à traiter quand on note l'historique
- Exemple de formulaire de consentement éclairé
- Formulaire sur l'historique et l'examen physique
- Étude de cas : Histoire d'Elizabeth
- Directives sur le recueil de preuves médico-légales
- Exemple de certificat médical

TÉLÉCHARGER :

Présentation :

- Diapositives 66 à 109

RÉUNIR :

- Un projecteur et un ordinateur avec son
- Papier de tableau à feuilles mobiles
- Marqueurs, stylos ou crayons
- Scotch

GUIDE DÉTAILLÉ DE LA SESSION

PRÉSENTATION DU FACILITATEUR ET DISCUSSION DE GROUPE

Cette première partie de la présentation évoque comment préparer les soins pour rendre les soins médicaux disponibles et accessibles pour les personnes survivantes de violence sexuelle.

Montrer les diapositives 66-69 en **discuter** en utilisant les notes et les activités de la présentation. **S'arrêter** sur la diapositive 69 : *Obtention d'un consentement éclairé* et **orienter** les participants vers l'*exemple de formulaire de consentement éclairé* qui figure dans leurs cahiers pour s'y référer. **Continuer** la présentation jusqu'à la diapositive 72 : *Noter l'historique médical*. **Expliquer** que les formulaires pré-imprimés de l'historique et de l'examen doivent guider le processus et tous les résultats doivent être documentés de manière exhaustive. Le principal but de l'historique et de l'examen est de déterminer le type de soins cliniques nécessaires. La vérification des antécédents et l'examen doivent avoir lieu en fonction du rythme de la victime. **Orienter** les participants vers l'*Exemple de formulaire sur l'historique et l'examen* inclus dans leurs cahiers, qui seront utilisés pour l'activité à la fin de la session.

Montrer les diapositives 73-98 et en **discuter** à l'aide des notes et activités figurant dans la présentation, avant de passer à l'*activité sur les études de cas*.

ACTIVITÉ EN PETIT GROUPE : ÉTUDE DE CAS SUR L'HISTORIQUE ET L'EXAMEN

L'objectif de l'exercice de groupe sur l'étude de cas est de pratiquer le renseignement du *formulaire sur l'historique et l'examen* correctement et de connaître les questionnements et examens détaillés et attentifs qui sont requis quand on travaille avec les personnes survivantes de viol.

Répartir les participants dans des groupes de 4-5 personnes. **Demander** aux participants de faire référence à l'*étude de cas : Histoire d'Elizabeth* et utiliser le *Formulaire sur l'historique et l'examen*. **Demander** aux participants de lire l'étude de cas et de **remplir** les Encadrés 1 (Informations générales) à 7 (Preuves recueillies) sur le formulaire d'admission médicale, et compléter les pictogrammes, en fonction de l'histoire d'Elizabeth.

ÉTUDE DE CAS : HISTOIRE D'ELIZABETH

La victime s'appelle Elizabeth S., elle est âgée de 25 ans. Elle vient au centre de santé 2 jours après avoir échappé à des violeurs.

Interviewer : Merci d'être là. Pour m'aider à comprendre comment je peux vous aider au mieux, pouvez-vous commencer par me dire ce qui vous amène ici aujourd'hui ?

Elizabeth : Il y avait beaucoup d'autres personnes qui cherchaient à s'abriter de la pluie, nous étions environ 18 en majorité des voisins et plusieurs personnes âgées.

Interviewer : Je vois, et qui étaient ces personnes ?

Elizabeth : Il y avait le vieux du village ma mère, ma sœur ... Mais les soldats/militaires sont venus et étaient tout autour.

Interviewer : Combien de militaires pouvait-on dénombrer ?

Elizabeth : Ils étaient si nombreux que je ne peux dire combien, je n'entendais que leurs voix et je voyais leurs armes.

Interviewer : Que disaient ces militaires ?

Elizabeth : Je ne sais pas, ils criaient sur nous, nous disaient qu'ils allaient nous tuer si nous ne faisons pas ce qu'ils disaient.

Interviewer : Cela semble effrayant. Je suis désolé d'entendre ce qui est arrivé. Qu'est-ce qui s'est passé ensuite...

Elizabeth : J'ai vu que tout dans la maison avait été dérobé. Notre nourriture, nos habits, il ne nous restait plus rien. J'avais mon bébé au dos. Quatre militaires sont entrés dans la maison.

Interviewer : [Pause, hochements]

Elizabeth : [Elizabeth en larmes] Ils étaient tous armés. Ils m'ont retiré le bébé. J'ai tenté de résister mais ils n'ont cessé de me frapper aux avant-bras avec les crosses de leurs fusils.

Interviewer : Vous n'avez rien fait de mal et personne ne mérite d'être traité de cette manière. Montrez-moi les endroits du bras où ils vous ont frappée ?

Elizabeth : Les 4 soldats m'ont fait porter sur le dos les effets qu'ils avaient volé.

Interviewer : Où êtes-vous allée avec les affaires que vous portiez sur votre dos ?

Elizabeth : Nous avons marché dans la forêt en pleine nuit pendant plusieurs heures. Nous avons marché dans une grande obscurité et je suis tombée plusieurs fois.

Interviewer : Et où est-ce que vous vous êtes finalement arrêtés ?

Elizabeth : Je ne sais pas où nous nous sommes finalement arrêtés.

Interviewer : Cela semble très effrayant. Pouvez-vous me dire quand vous vous êtes arrêtés ?

Elizabeth : J'ai été violée trois fois par un des soldats.

Interviewer : [pause] Je suis désolé d'entendre ce qui est arrivé, Elizabeth. C'est difficile et courageux de parler de ces choses. Je suis contente que vous soyez ici maintenant.

[pause] Pour que je puisse vous proposer les meilleurs soins médicaux, il est important que je comprenne les détails de ce qui est arrivé à votre corps et à quel endroit.

Pouvez-vous me dire ce que le soldat vous a fait quand vous dites qu'il vous a violée ?

Elizabeth : Il a mis sa chose là-dedans.

Interviewer : Et par « chose » vous voulez dire son pénis, est-ce correct ?

Elizabeth : [en évitant le contact visuel, et en baissant les yeux] Oui

Interviewer : Et a-t-il éjaculé ?

Elizabeth : Oui.

Interviewer : Nous allons parler davantage des médicaments à prendre pour empêcher la grossesse et les infections sexuellement transmissibles pendant la visite d'aujourd'hui.

Son pénis a-t-il pénétré d'autres parties de votre corps ?

Elizabeth : Non

Interviewer : Et a-t-il touché ou blessé d'autres parties de votre corps ?

Elizabeth : Je voyais un gros pistolet et un couteau. Quand j'ai pleuré, il a menacé de me violer avec son couteau. Il était long avec des bords pointus.

Interviewer : Qu'est-ce qu'il vous a dit exactement ?

Elizabeth : Il a dit « Ferme-la et arrête de pleurer ou je vais t'enfoncer mon couteau où il va te faire encore plus mal. » Et c'est là qu'il m'a coupé la cuisse, la partie intérieure.

Interviewer : Quelle cuisse a-t-il coupée ?

Elizabeth : Ma jambe droite. J'ai arrêté de pleurer.

Enquêteur : Qu'est-ce qui s'est passé alors ?

Elizabeth : J'ai essayé de faire cesser le saignement. Cette coupure continue de me faire mal et elle ne cicatrise pas.

Pour les informations demandées dans le **Formulaire sur l'historique et l'examen** qui n'apparaissent pas dans cette étude de cas, les participants peuvent **imaginer** la réponse que cette patiente aurait donné et tous les signes constatés lors de l'examen. **Les rassurer** quant au fait qu'ils ne peuvent pas commettre des erreurs et ils peuvent penser à ajouter n'importe quel élément pour avoir suffisamment d'informations pour remplir le formulaire. Pour documenter l'historique des incidents en détail, le formulaire ne comporte pas assez d'espace. Dans ce cas, les participants doivent **se concentrer** sur les informations qui peuvent être en rapport avec les conclusions de l'examen physique.

Tous les groupes feront l'exercice en entier. Cependant, chaque groupe fera un compte-rendu seulement sur une partie de l'exercice pour des questions de temps. **Accorder** 45 minutes à 1 heure aux participants pour parcourir le formulaire et **demandeur** aux groupes de faire un compte-rendu comme suit :

- **Groupe Un :**
 - Encadrés 1 (Informations générales) et 2 (L'incident)
- **Groupe Deux :**
 - Encadré 3 (historique médical)
 - Demander aux participants pourquoi il est nécessaire de savoir les choses qui sont demandées pour cette étape.
- **Groupe Trois :**
 - Encadrés 4 (Examen médical) et 5 (Examen anal et génital)
 - Demander aux participants de montrer comment ils ont rempli les pictogrammes.
- **Groupe Quatre :**
 - Encadrés 6 (Enquêtes effectuées à et 7 (Preuves recueillies)
 - S'il y a beaucoup de participants, le Groupe Quatre peut être divisé en 2 groupes.

Après chaque participants, **demandeur** aux autres groupes s'ils ont des choses ou des commentaires brefs à ajouter au compte rendu des efforts du groupe. La discussion de **débriefing** après l'activité inclura des rappels :

- Cette personne survivante communique des informations très importantes dans son entretien. Il est important pour les agents de santé qu'ils documentent cet historique de manière précise tout en écoutant activement la personne survivante.
- L'historique doit être documenté avec les mots de la patiente (« J'ai été violée trois fois par un des soldats », ou « la patiente a déclaré qu'elle a été violée par... »), pas ceux du prestataire (« la patiente a été violée par... »).
- L'examen physique doit être documenté en utilisant une terminologie médicale objective.
- Les points les plus importants dont il faut se rappeler quand vous documentez sont de faire en sorte que les notes soient :
 - Lisibles.
 - Précises.
 - Aussi complètes que possible.

- **Encadrés 1 et 2** : L'historique du dossier comprend des informations qui peuvent être obtenues grâce aux questions de suivi. En conséquence, il est important de suivre le contenu du formulaire standardisé de manière à ne rien oublier. Reconnaître que certains prestataires peuvent se sentir mal à l'aise à l'idée de poser de telles questions personnelles au départ (par exemple, par rapport à l'éjaculation) et le lieu de la pénétration. Cependant, ces informations sont essentielles pour guider l'examen physique et les soins cliniques.
- **Encadré 3** : Les informations obtenues lors de cette étape aideront à guider les décisions sur le traitement à proposer et elles peuvent contribuer à interpréter les résultats de l'examen physique (une patiente multipare peut avoir des cicatrices de la vulve, par exemple).
- **Encadrés 4 et 5** : Des descriptions détaillées des blessures sont requises. Veiller à ce que toutes les blessures visibles soient marquées sur les pictogrammes (y compris la description détaillée, la couleur, la taille et la profondeur des blessures).
- **Encadrés 6 et 7** : Expliquer les différences entre ces deux étapes.
 - **Encadré 6**: Les investigations sont menées pour aider à la prise de décision sur les traitements (par ex., les radios, un test d'urine pour établir une grossesse, l'urine devant être recueillie avant l'examen).
 - **Encadré 7**: Les preuves médico-légales collectées peuvent inclure des vêtements, un échantillon de fluide vaginal, etc. Rappeler aux participants qu'à ce stade les tests de dépistage des IST ne sont pas nécessaires ; ni pour les investigations médicales (toutes les IST sont traitées de manière présomptive lorsqu'elles seront traitées lors de la prochaine session) ni pour les preuves (le fait de trouver une IST préexistante pourrait même être utilisé contre la personne survivante au tribunal). La seule exception peut concerner les jeunes enfants quand des maltraitances répétées sont suspectées et un test rapide de la réagine plasmatique (RPR) ou test du VIH peut être utilisé comme preuve.

PRÉSENTATION DU FACILITATEUR ET DISCUSSION DE GROUPE

La deuxième partie de cette présentation couvre le consentement éclairé, le recueil des antécédents médicaux, l'examen physique et le recueil de preuves médico-légales.

Commencer avec la **diapositive 100** : *Examen physique : Médico-légal*. **Expliquer** que le but principal de cet examen d'une personne survivante est de déterminer quels soins médicaux sont nécessaires. Les preuves médico-légales peuvent aussi être collectées pour aider la personne survivante à demander réparation par voie judiciaire lorsque cela est possible et si elle le souhaite. Cependant, dans certains contextes, la capacité à traiter des preuves médico-légales ou pour les utiliser pour une action légale est très limitée ou non-existante. Cela est particulièrement vrai dans les contextes touchés par des crises. De plus, la personne survivante peut décider que les preuves ne soient pas collectées. Respecter ce choix.

La prise en charge clinique des personnes survivantes de violence sexuelle est prioritaire par rapport au processus médico-légal. **Le recueil de preuves médico-légales doit SEULEMENT avoir lieu si les preuves peuvent être testées, analysées et utilisées en toute sécurité.** Les preuves collectées durant un examen peuvent aider à prouver ou réfuter un lien entre les individus et/ou entre les personnes et les objets ou les lieux.



Note : Se renseigner sur la responsabilité du prestataire de soins en ce qui concerne le signalement des conclusions médicales à un tribunal du secteur. Demander à un expert juridique d'écrire un bref rapport sur les procédures du tribunal local dans les cas de violence sexuelle et les questions auxquelles il faut s'attendre lors d'un témoignage au tribunal.

Montrer les **diapositives 101-104** et **en discuter** en vous servant des instructions figurant dans la présentation. **Dire** aux participants qu'ils peuvent se référer au polycopié sur la **collecte de preuves médico-légales** pour des lectures complémentaires sur la collecte des preuves médico-légales, si cela est possible sur leurs sites.



Note : Les diapositives 102 et 104 sur les preuves médico-légales sont cachées. Montrer uniquement ces diapositives si le contexte est en mesure d'assurer la collecte de preuves médico-légales en toute sécurité qui seront utilisées lors de procédures judiciaires et s'il y a un protocole pour les tests de dépistage des IST dans l'établissement.

S'arrêter sur la **diapositive 105** : *Certificat médical*. Avoir une discussion avec les participants sur la meilleure manière d'adopter une approche centrée sur les personnes survivantes et mettre le certificat à disposition avec le consentement de la personne. Un **exemple de certificat médical** figure dans le cahier d'exercice pour que les participants s'y réfèrent.



Note : En tant que facilitateur, vous devez connaître :

- Les exigences légales en matière de certificats médicaux dans le pays de la formation.
- Où obtenir un exemple de certificat médical, parfois appelé formulaire de police.
 - Qui est autorisé à remplir ce document.

Parcourir les **diapositives 106-109** à l'aide des notes et des activités pour conclure la présentation.

Durée :

210 minutes (3 heures 30 minutes)

Objectifs de l'unité :

À la fin de cette unité, les participants seront capables de :

- Offrir un traitement approprié pour les personnes survivantes adultes et enfants de violence sexuelle, notamment :
 - La contraception d'urgence
 - Les tests de grossesse, les informations sur les options en matière de grossesse et les soins liés à l'avortement sans risque, dans les limites prévues par la loi
- Le traitement présomptif des IST
- La prophylaxie post-exposition (PPE) pour prévenir la transmission du VIH
- La prévention de l'hépatite B et du papillomavirus humain (VPH)
- Le traitement des blessures et prévention du tétanos.
- Faire la démonstration de conseils de soutien, précis prodigués aux personnes survivantes.

APERÇU DE L'UNITÉ

DURÉE ET MÉTHODOLOGIE

- 20 minutes : Travail en petit groupe : Études de cas
- 40 minutes : Présentation du facilitateur et discussion de groupe
- 45 minutes: Activité en groupe : Études de cas sur les décisions en matière de traitement
- 30 minutes: Présentation du facilitateur et discussion de groupe
- 75 minutes : Activité en groupe : Jeu de rôle sur les conseils

PRÉPARATION

- Imprimer, télécharger et recueillir les supports comme indiqué ci-dessous
- Faire des recherches sur le protocole de PPE utilisé dans ce contexte et mettre à jour les diapositives 115-116
- Faire des recherches sur les protocoles de traitement des IST avant la formation et mettre à jour à la diapositive 124

IMPRIMER :

Cahier du participant :

- *Étude de cas : Histoire d'Elizabeth (voir l'unité 4)*
- *Exemple de formulaire sur l'historique et l'examen (voir l'Unité 4)*
- *Étude de cas : Traitement et conseils*

TÉLÉCHARGER :

Présentation :

- Diapositives 110 à 139

RÉUNIR :

- Un projecteur et un ordinateur avec son

GUIDE DÉTAILLÉ DE LA SESSION

TRAVAIL EN PETIT GROUPE : ÉTUDE DE CAS

Fournir un aperçu de l'unité en parcourant les diapositives 110-113. **Commencer** cette session en **demandant** aux participants de retourner au sein des mêmes groupes que la dernière session. À l'aide de *l'étude de cas : L'histoire d'Elizabeth* et *Exemple de formulaire sur les antécédents et l'examen* de l'Unité 4, **remplir l'encadré 8** : Traitements prescrits. **Accorder** 15 minutes aux groupes à décider de savoir ou non s'ils traiteraient la patiente pour un problème donné et quel traitement ils administreraient. Chaque groupe fera un compte-rendu sur un des traitements :

- **Groupe Un** - IST et hépatite B
- **Groupe Deux** - Contraception d'urgence
- **Groupe Trois** - Traitement des blessures et du tétanos
- **Groupe Quatre** - PPE

Ne pas consacrer beaucoup de temps à cette activité. **Passer** plutôt à la présentation ci-dessous pour expliquer.

PRÉSENTATION DU FACILITATEUR ET DISCUSSION DE GROUPE

Cette activité est suivie d'une présentation qui passe en revue le traitement. Montrer les diapositives 114-130 et en **discuter** en utilisant les notes et les activités de la présentation.



Note :

- Les diapositives 115-116 sur *Administrer un traitement : PPE* doit être adapté sur la base du protocole PPE utilisé dans le contexte concerné
- Les diapositives 119-122 sont cachées. Elles peuvent être utilisées en cas de préoccupation par rapport à l'administration de la PPE sans connaître le résultat d'un test de dépistage du VIH et s'il y a des questions sur le risque de la transmission du VIH.
- La diapositive 124 : *Administrer un traitement : Prévenir les IST* doit être mise à jour en conséquence. Trouver les protocoles de traitement locaux avant la formation. Évoquer le protocole de traitement national ou les antibiotiques du kit de SR 3. Les directives de l'OMS pour le traitement des IST peuvent changer - adapter la diapositive au besoin.

ACTIVITÉ EN GROUPE : ÉTUDES DE CAS SUR LES DÉCISIONS EN MATIÈRE DE TRAITEMENT

Les études de cas relatifs au traitement qui figurent dans les *fiches de travail sur le traitement* permettent aux participants d'aborder des scénarios cliniques caractérisés par des complexités diverses.

Affecter les participants à quatre groupes. Chaque groupe **travaille** soit sur les études de cas 1 et 2, ou sur les études de cas 3 et 4. Cela signifie que chaque groupe a un cas assez simple et un plus difficile. **Demander** aux participants de **remplir** la matrice sur les décisions relatives au traitement pour chacun de leurs cas. Après 30 minutes, demander au groupe de faire son **compte-rendu**. **Utiliser** les notes de facilitation pour guider la discussion vers des points qui doivent être soulignés.

Les **points clés** à traiter pour toutes les études de cas sont les suivants :

- Le but de cet exercice est de comprendre que les décisions sur les traitements doivent être prises sur la base de considérations attentives par rapport à chaque cas.
- La transmission du VIH se fait par le sang ou le sperme qui a un point d'entrée dans le corps de la personne survivante (par la muqueuse vaginale ou anale, ou par d'autres blessures ouvertes).
- Aucun test n'est requis avant d'administrer un traitement.
- La prophylaxie post-exposition (PPE) peut commencer sans connaître le statut sérologique du patient. Le dépistage volontaire et counseling (VCT) sur le VIH est recommandé pour tous les clients mais la PPE ne doit pas être retardée pour attendre les résultats de test, et le VCT ne doit pas être une obligation. La PPE ne fera aucun mal même si le patient est séropositif et elle ne va pas créer de résistance virale au sein de la communauté.
- Il n'est pas nécessaire de dépister les IST avant le traitement présomptif des IST. En raison de la période d'incubation, les IST n'apparaîtront pas chez une personne survivante suite à un incident récent (moins de deux semaines) de violence sexuelle. Si une IST est détectée, alors ce sera en raison d'un contact préalable et la documentation de cette IST pourrait être utilisée contre la personne survivante au tribunal.
- Un test de grossesse peut être effectué avant de fournir un traitement si l'historique indique que la personne survivante peut avoir un début de grossesse, mais ce n'est pas obligatoire. Si un test de grossesse est positif, alors la contraception d'urgence ne doit pas être prescrite car elle. Cependant, si la contraception d'urgence est administrée à une patiente enceinte, alors elle n'aura pas d'effet sur la grossesse.

ÉTUDE DE CAS : GRILLE DE RÉPONSES SUR LES DÉCISIONS DE TRAITEMENT

Étude de cas 1 :

Une adulte survivante se présente au centre de santé 36 heures après avoir été agressée sexuellement. Elle dit qu'elle veut tous les traitements disponibles. Elle dit qu'elle n'a pas d'allergies à sa connaissance. La femme se sent indifférente sur le plan émotionnel, et elle se sent soutenue par son mari.

Le traitement proposé à la femme doit inclure :

La prévention/la prise en charge	L'administration d'un traitement
Grossesse	Lévonorgestrel 1,5 mg par voie orale, ou autre contraception d'urgence. Raison : La personne survivante s'est présentée dans les 5 jours
Chlamydia	Azithromycine 1g par voie orale ou Doxycycline 100 mg 2 fois par jour pendant 7 jours (noter que ce traitement est contre-indiqué en cas de grossesse)
Syphilis	Azithromycine 1 g par voie orale (noter que cela protégera aussi contre le chlamydia et que c'est sans danger en cas d'allergie à la pénicilline) ou Benzathine pénicilline 240 MUI par voie intramusculaire
Gonorrhée	Conformément aux protocoles locaux sur les IST De préférence une dose orale (par ex., céfixime 400 mg) immédiatement
Trichomonas	Métronidazole 2 g par voie orale
Autres IST selon votre contexte	L'azithromycine (1g) traite aussi bien le chancre mou. Le traitement des signes des IST est indiqué. La patiente a dû être exposée aux IST
VIH/SIDA	Ténofovir (TDF) + lamivudine (3TC) ou ténofovir (TDF) + emtricitabine (FTC) plus dolutégravir* ou atazanavir /ritonavir (ATV/r) ou lopinavir/ritonavir (LPV/r) *Le dolutégravir est recommandé comme le troisième médicament pour la PPE du VIH. Quand il est disponible, l'atazanavir plus le ritonavir, le darunavir plus le ritonavir, le lopinavir plus ritonavir, et le raltégravir peuvent être envisagés comme troisième médicament alternatif pour la PPE. Une fois par jour pendant 28 jours La PPE es indiquée car elle se présente dans les 72 heures et a été exposée au risque de VIH
Traitement des blessures	Nettoyer et faire le pansement Vaccin contre le tétanos

Étude de cas 2 :

Une fille de 13 ans a été brutalement violée par 5 soldats il y a quatre jours. Sa mère s'inquiète beaucoup sur une possible contraction du VIH et veut tous les traitements possibles. Après examen, vous constatez plusieurs contusions au niveau de ses seins, des lacérations en voie de guérison autour du vagin et des déchirures anales. Quand elle ôte sa jupe, vous constatez qu'elle est mouillée.

Le traitement à administrer à cette fille sera le suivant :

Prévenir/gérer	Administrer un traitement
Douleurs	Paracétamol 500 mg
Grossesse	Lévonorgestrel 1,5 mg par voie orale, ou autre contraception d'urgence. Discussion : Elle se présente dans les 5 jours suivant l'incident. Cette fille ayant l'âge d'avoir des règles, elle risque de tomber enceinte. Noter qu'on a dit qu'elle a des seins. Une fille en pré-puberté peut ovuler avant même d'avoir ses premières règles.
Chlamydia	Immédiatement 1g d'azithromycine ou Érythromycine 500 mg, 4 fois par jour pendant 7 jours
Syphilis	Azithromycine 1 g par voie orale (noter que cela protégera aussi contre le chlamydia et que c'est sans danger en cas d'allergie à la pénicilline) ou Benzathine pénicilline 240 MUI
Gonorrhée	Conformément aux protocoles locaux sur les IST. De préférence une dose orale
Trichomonas	Métronidazole 2g immédiatement
Autres IST selon votre contexte	L'azithromycine (1g) traite aussi bien le chancre mou. Nous traitons toutes les IST car la personne survivante est présumée avoir été exposée aux IST. Noter qu'elle a moins de 26 ans et par conséquent elle peut être une bonne candidate au vaccin HPV, si possible
VIH/SIDA	La plupart des experts conviennent qu'il est trop tard pour la PPE puisqu'elle se présente après 72 heures
Complications des fistules	NE PAS FAIRE D'EXAMEN PELVIEN AVEC SPÉCULUM L'orienter d'urgence vers un service de gynécologie
Soins des blessures	Nettoyer et faire le pansement Vaccin contre le tétanos

Étude de cas 3 :

Un garçon de 5 ans se rend au centre de santé 70 heures après une agression sexuelle. Sa mère dit vouloir tous les traitements disponibles. Elle dit que son enfant n'a aucune allergie à sa connaissance.

Par conséquent, le traitement proposé au garçon doit inclure :

La prévention/la prise en charge	L'administration d'un traitement
Douleurs	Paracétamol 250 mg Il peut être nécessaire de prescrire du paracétamol pour les douleurs afin de procéder à l'examen
IST	Il a vraisemblablement été exposé aux IST et cela peut donner au chlamydia, à la gonorrhée ou à la syphilis du rectum
Chlamydia	Azithromycine 20 mg/kg par voie orale ou Doxycycline 50 mg/kg, par voie orale (jusqu'à 2 g maximum), en 4 doses, pendant 7 jours
Syphilis	Rien si l'azithromycine est administrée ou Benzathine pénicilline 50 000 MUI/kg par voie intramusculaire (IM) (jusqu'à un maximum de 2,4 millions d'unités internationales) ou Érythromycine 50 mg/kg de poids du corps par jour, par voie orale (jusqu'à 2 g maximum), divisés en 4 doses, pendant 14 jours
Gonorrhée	Conformément au protocole local si le poids est supérieur à 45 kg (improbable puisqu'il a 5 ans). Si le poids est de moins de 45 kg, administrer une dose unique de 125 mg de céftriazone par IM ou 40 mg de spectinomycine/kg par IM, ou 8 mg/kg de céfixine. Une dose orale peut être préférable pour un enfant au lieu de la voie IM.
Trichomonas	Conformément au protocole local. Traitement préventif pour toutes les IST sauf le trichomonas vaginal. Bien que les hommes puissent être porteurs et transmettre en théorie le trichomonas vaginal pendant un rapport anal, la probabilité que cela se produise est faible
Autres IST selon votre contexte	L'azithromycine (1g) traite aussi bien le chancre mou
VIH/SIDA	Le garçon se présente dans les 72 h ce qui fait qu'il y a un risque d'exposition au VIH (avec la probabilité d'un viol par l'anus.) Exemple : Zidovudine (AZT) / Lamivudine (3TC), association à dose fixe deux fois par jour Plus Le dolutégravir*est recommandé comme le troisième médicament pour la PPE du VIH. Le dolutégravir 50mg peut être utilisé une fois par jour à partir de 20 kg ou le lopinavir /ritonavir (LPV/r) 100 mg/25 mg – 2 comprimés deux fois par jour * Quand il est disponible, l'atazanavir plus le ritonavir, le darunavir plus le ritonavir, le lopinavir plus ritonavir, et le raltégravir peuvent être envisagés comme troisième médicament alternatif pour la PPE
Traitement des blessures	Nettoyer et faire le pansement

Étude de cas 4 :

Une femme de 42 ans dit avoir été violemment battue et avoir subi des agressions sexuelles par un soldat il y a 2 jours. L'auteur des faits n'a pas réussi à avoir une érection pour la pénétration vaginale. La victime a été forcée de pratiquer une fellation sur l'auteur des faits qui n'a pas réussi à avoir une érection ni éjaculer. Après examen, on constate plusieurs contusions au niveau de son visage, des pieds et du ventre. Il y a une lacération sur son front et des écorchures au niveau des coudes de la victime. Elle est très émotionnelle et elle s'inquiète pour le VIH. Elle souhaite avoir tous les traitements possibles.

Le traitement proposé à la femme doit inclure :

La prévention/Prise en charge	Administer un traitement
Grossesse	Pas indiqué
IST	Elle a probablement été exposée aux IST qui peuvent donner la chlamydia, la gonorrhée ou la syphilis de la gorge. L'azithromycine (1g) traite bien la chlamydia, le chancre mou et la syphilis en incubation. Il n'est pas nécessaire de prescrire un traitement pour le trichomonas vaginal. Bien que les hommes puissent porter et transmettre en théorie le trichomonas vaginal lors d'un rapport bucco génital, les chances que cela se produise sont très faibles
Chlamydia	Immédiatement 1g d'azithromycine ou Doxycycline 100 mg 2 fois par jour pendant 7 jours
Syphilis	Rien si l'azithromycine a été administrée Benzathine pénicilline 240 MUI
Gonorrhée	Conformément aux protocoles locaux sur les IST. De préférence une dose orale immédiatement. Par exemple, céfixime 400 mg immédiatement
VIH/SIDA	La plupart des experts conviennent qu'il n'y a pas d'exposition évidente au VIH dans ce cas. Il n'y a pas eu d'éjaculation (pas de sperme), pas d'érection et pas de liquide pré-séminal. Il est fortement improbable que l'exposition au VIH par la bouche dans la présence de sperme conduise à la transmission. Cependant, l'administration de la PPE peut être justifiée en cas de traumatisme ou de gingivite dans la bouche de la survivante, qui peut être un point d'entrée du VIH. L'association d'un point d'entrée et d'un agresseur avec une IST présumée symptomatique (par exemple, un écoulement urétral ou un ulcère du pénis) constitue une exposition potentielle au VIH et une indication pour la PPE. Une activité ultérieure de cette unité se concentre sur les conseils en matière de PPE. Encourager les participants à attendre avant de discuter des conseils jusqu'à l'unité suivante
Infection des plaies	Nettoyer et faire le pansement Vaccin contre le tétanos

PRÉSENTATION DU FACILITATEUR ET DISCUSSION DE GROUPE

Après avoir abordé les décisions relatives au traitement, **continuer** la présentation sur les conseils connexes destinés aux personnes survivantes. Montrer les **diapositives 132-138** et en **discuter** en utilisant les notes et les activités de la présentation.

ACTIVITÉ EN GROUPE : JEUX DE RÔLE SUR LES CONSEILS

Diviser les participants dans des groupes de trois ou quatre et **attribuer** à chaque groupe une des études de cas de la dernière activité. **Leur fournir** de nouvelles informations pour chaque étude de cas. Chaque groupe doit **créer** un scénario de jeu de rôle pour faire la démonstration des conseils adaptés pour la personne survivante pendant 30 minutes. Demander à chaque groupe de **faire une présentation** au grand groupe avec un participant qui **joue le rôle** de la personne survivante et deux participants **prodiguant** des conseils ensemble. Les groupes doivent **faire leur présentation** dans l'ordre numérique des études de cas. **Accorder** cinq minutes à chaque groupe pour **faire une présentation** et prévoir une discussion de cinq minutes après chaque présentation. Il est important de respecter les délais impartis pour cet exercice. **Rappeler aux** participants de **faire la démonstration des** principes de réponse de première ligne et de la communication de soutien pendant leurs interactions avec les personnes survivantes.

ÉTUDES DE CAS : GRILLE DE RÉPONSE SUR LES CONSEILS

Étude de cas 1 :

Nouvelles informations : Après l'avoir conseillée sur la contraception d'urgence, la femme vous dit qu'elle n'était pas aussi sûre de la date de ses dernières règles normales comme elle l'a indiqué dans son historique médical. Vous faites un test de grossesse et il est positif. De quels conseils supplémentaires a-t-elle besoin ?



Note : Cette étude de cas met en évidence l'importance de comprendre qu'un viol expose une grossesse préexistante à un risque. Dire à ce groupe de concentrer sa présentation de cinq minutes sur les conseils relatifs à la PPE et le test de grossesse positif.

Le traitement proposé à la femme doit inclure :

Traitement	Conseils
Contraception d'urgence	Expliquer le traitement (pas l'avortement) Expliquer les effets secondaires (nausée, règles irrégulières normales) N'empêche pas de futures grossesses (utiliser des préservatifs et d'autres méthodes contraceptives préférées, ou souhait de grossesse) Expliquer le taux d'échec, les prochaines règles, quand revenir
IST	Administration de médicaments et effets secondaires Revenir en cas de symptômes d'IST en dépit du traitement
PPE	Administration de médicaments et effets secondaires Respect des conseils Recommander le VCT Conseiller l'utilisation de préservatifs pendant 6 mois
Santé mentale	Expliquer que les émotions négatives ou l'insensibilité sont courantes L'encourager à continuer à se faire soutenir par sa famille et ses amis Proposer de l'orienter vers un soutien psychosocial, si la personne survivante le souhaite
Suivi	Convenir d'une date et d'une heure pour la visite suivante Revenir à tout moment en cas de symptômes physiques ou émotionnels croissants Proposer de l'orienter vers un soutien social et/ou juridique Voir si elle voudrait faire un signalement à la police
Test de grossesse positif	Cette grossesse n'est pas la conséquence de l'agression sexuelle. Un test de grossesse devient positif environ deux semaines après la conception. Si elle a déjà pris une contraception d'urgence, cela ne causera pas une fausse-couche et ne mettra pas le bébé en danger. Cette grossesse est exposée à un risque accru d'infection de fausse-couche. Discuter des risques et des signes de danger. L'orienter pour les soins prénataux.* *En fonction de son âge gestationnel et du contexte juridique, elle peut être éligible aux soins liés à avortement sécurisé, si souhaité. Si cela est le cas, les conseils complets en matière de grossesse doivent être prodigués.

Étude de cas 2 :

Nouvelles informations : La fille retourne au centre de santé deux semaines plus tard pour le suivi. Son test de grossesse est positif. De quels conseils a-t-elle besoin ?



Note : L'étude de cas sur les conseils souligne la nécessité de fournir des informations complètes sur toutes les options à la disposition de la personne survivante après un viol qui aboutit à une grossesse. Dire à ce groupe de concentrer sa présentation de cinq minutes sur les conseils relatifs à la contraception d'urgence et à la grossesse consécutive.

Les conseils prodigués à cette fille doivent inclure :

Traitement	Conseils
Analgésiques	Administration de médicaments et effets secondaires
Contraception d'urgence	À la première visite : Expliquer le traitement (pas l'avortement) Expliquer les effets secondaires (nausées) Expliquer le risque de grossesse, le taux d'échec, les prochaines règles, quand revenir pour un deuxième test de grossesse Lors du suivi : Conseiller la personne survivante à propos de toutes les options disponibles dans le contexte concerné, notamment les soins à l'avortement sécurisé dans la limite de ce qu'autorise la loi et l'appuyer pour prendre une décision éclairée. L'orienter vers les services adaptés. Évoquer le risque d'avortement à risque
IST	Administration de médicaments et effets secondaires Symptômes des IST Revenir en cas de symptômes d'IST en dépit d'un traitement
PPE	Il est malheureusement trop tard pour prendre la PPE Risque de transmission Recommander le test de dépistage maintenant et dans trois mois car il y a un risque élevé d'exposition
Complications des fistules	Explication du risque de fistule, la nécessité d'orientation pour des examens plus approfondis et un traitement si besoin
Soins des blessures	Nettoyer et faire le pansement Vaccin contre le tétanos
Santé mentale	Orientation vers des services psychosociaux
Suivi	Évoquer l'orientation vers la protection/police Dans la plupart des pays, le signalement des violences sexuelles est obligatoire quand elles concernent des mineurs. Informer la mère et la fille au début du rendez-vous que vous devez informer la police. Il est important d'agir dans l'intérêt de la fille dans votre processus décisionnel. Convenir d'une date et d'une heure pour la visite suivante.

Étude de cas 3 :

Nouvelles informations : Vous avez fini votre examen et vous faites un plan de traitement pour l'enfant. La mère vous dit que l'auteur du viol est leur voisin adulte qui est policier.



Note : Dire à ce groupe de concentrer sa présentation de cinq minutes sur les conseils sur le signalement obligatoire des agressions sexuelles commises contre des enfants.

Les conseils donnés à la mère du garçon doivent inclure :

Traitement	Conseils
Analgésiques	Raison de l'administration de médicaments et effets secondaires
IST	Risque d'IST Administration de médicaments et effets secondaires Retour au centre de santé en cas de symptômes d'IST
PPE	Recommander un test de dépistage et des conseils sur le VIH Importance de la prise de médicaments pendant 28 jours, des effets secondaires et la manière de les gérer
Traitement des blessures	Quand & où solliciter des soins d'urgence
La santé mentale	Orientation vers le soutien psychosocial
Autre	Risque d'agressions répétées. Dans la plupart des pays, le signalement des violences sexuelles est obligatoire quand elles touchent des mineurs. Informer la mère et la fille au début du rendez-vous que vous devez informer la police. Agir dans l'intérêt du garçon dans vos décisions. S'il est réfugié, alors il faut l'orienter vers le HCR pour la protection
Suivi	Convenir d'une date et d'une heure pour la visite suivante

Étude de cas 4 :

Nouvelles informations : Pendant vos séances de conseil, vous expliquez que le risque de transmission du VIH dans ces situations, est très faible et la PPE n'est pas indiquée. La patiente devient de plus en plus perturbée quand vous évoquez le faible risque de transmission du VIH. Elle est incapable de rester assise pour parler avec vous ou de discuter. Elle fait des tours dans la salle, en tremblant et en pleurant. Elle dit qu'elle veut rentrer chez elle et retrouver sa famille. Son fils attend dans la salle d'attente. Il se fait tard et il n'est pas possible de l'orienter vers un service de soutien psychosocial avant demain.



Note : Dire à ce groupe de concentrer sa présentation de cinq minutes relative aux conseils sur la manière d'aborder le dépistage et les conseils volontaires sur le VIH et la santé mentale.

Les conseils prodigués doivent inclure :

Traitement	Conseils
Contraception d'urgence	Pourquoi la contraception d'urgence n'est pas indiquée
Prophylaxie des IST	Indiquée car la gorge est vulnérable par rapport aux IST Instructions sur la manière de prendre tous les médicaments Informations sur les effets secondaires des médicaments Symptômes des IST et quand revenir
PPE	La PPE n'est pas indiquée. Expliquer la très faible possibilité de transmission Recommander le VCT La PPE peut être commencée si la patiente insiste et si les ressources le permettent
Soins/Infection des plaies	Les informations et les effets secondaires des médicaments Quand solliciter des soins d'urgence
Santé mentale	Se souvenir de la réponse de première ligne (VIVRE) Ne pas prescrire des benzodiazépines pour l'insomnie de manière systématique Ne pas prescrire des benzodiazépines ou antidépresseurs pour des états de détresse aiguë Orientation vers les services de santé mentale de haut niveau si les symptômes sont invalidants et ne disparaissent pas au fil du temps Convenir de la date et de l'heure de la visite de suivi

Durée :

120 minutes (2 heures)

Objectifs de l'unité :

À la fin de cette session, les participants seront capables de :

- Décrire la manière d'évaluer les risques immédiats en matière de sécurité et de développer un plan de sécurité pour une personne survivante.
- Identifier les principaux types de besoins en orientation pour les personnes survivantes.
- Explorer l'expérience de la personne survivante en matière d'orientation vers une activité interactive renforçant l'empathie.
- Discuter des stratégies pour conseiller les personnes survivantes par rapport à la santé mentale et au soutien psychosocial.
- Discuter des directives sur les soins de suivi et le timing.

APERÇU DE L'UNITÉ

DURÉE ET MÉTHODOLOGIE

- 45 minutes : Présentation du facilitateur et discussion de groupe
- 45 minutes: Activité en groupe : Orientations
- 30 minutes : Présentation du facilitateur et discussion de groupe

PRÉPARATION

- Imprimer, télécharger et réunir les supports comme indiqué ci-dessous
- Écrire des badges autocollants avec les mots : Survivante, Mère, Leader communautaire, Accoucheuse traditionnelle, Sage-femme, Médecin, Agent de services communautaires du HCR, Agent de protection du HCR, Police, Avocat, Procureur, et Travailleur.se social.e. Pour les groupes plus importants, vous pouvez inclure Juge et Journaliste
- Faire des recherches sur les mécanismes d'orientation pour conseils psychologiques, soins psychiatriques ou soutien psychosocial dans le contexte concerné et/ou inviter le/la coordinateur. rice VBG à faciliter les présentations de cette Unité et de l'Unité 7

IMPRIMER :

Cahier du participant :

- Planning des visites de suivi*

TÉLÉCHARGER :

Présentation :

- Diapositives 140 à 167

RÉUNIR :

- Un projecteur et un ordinateur avec son
- Pelote de ficelle ou de laine
- Badges autocollants

GUIDE DÉTAILLÉ DE LA SESSION

PRÉSENTATION DU FACILITATEUR ET DISCUSSION DE GROUPE

Commencer l'Unité avec une présentation sur VIVRE Partie 2 (Améliorer la sécurité et orienter pour un soutien). Montrer les diapositives 140-154 et en **discuter** en utilisant les notes et les activités de la présentation. S'arrêter pour passer à l'activité de groupe sur l'orientation.

ACTIVITÉ EN GROUPE : ORIENTATION VERS DES SERVICES COMPÉTENTS

L'objectif de cette activité est de faire la démonstration de l'expérience d'une personne survivante en matière d'orientation et de besoin de collaboration entre les différents acteurs humanitaires pour des protocoles clairs. **Laisser** l'activité parler pour elle-même, en se déroulant sous les yeux des participants. **Ne pas** décrire ou expliquer ses objectifs avant d'effectuer l'activité.

Demander à des participants de se porter volontaire et leur distribuer des badges en fonction de leur nombre. Leur dire qu'ils joueront le rôle de la personne qui figure sur leurs badges.

Faire asseoir les volontaires en cercle avec les chaises placées cote à cote. **Demander** aux autres participants de rester hors du cercle pour mieux voir l'activité. Une autre option consiste aussi à dire aux volontaires de rester debout dans le cercle.

Expliquer que la balle/pelote de laine représente une fille de 20 ans qui a été violée.

En restant hors du cercle, **donner** la balle/pelote à la mère et **expliquer** que la fille a raconté l'incident à sa mère.

Dire à la mère de tenir fermement le bout du fil, de ne pas lâcher et **jeter** la balle à la personne que vous lui aurez indiqué.

Raconter l'histoire de cette fille qui est présentée ci-dessous. Chaque fois qu'un acteur est impliqué, la pelote de laine est lancée à cet acteur dans le cercle. Chaque acteur qui reçoit la pelote l'enroule autour d'un doigt et l'envoie au prochain acteur qu'on lui aura indiqué.

HISTOIRE

Une fille de 20 ans a été violée et rapporte les faits à sa mère.

- La mère accompagne la fille chez le leader de la communauté
- Le leader de la communauté oriente la fille vers l'accoucheuse traditionnelle
- L'accoucheuse traditionnelle apporte son assistance, mais la fille a besoin d'une intervention sanitaire plus poussée et l'accoucheuse l'oriente vers la sage-femme
- La sage-femme appelle le médecin
- Le médecin administre le traitement et renvoie la fille chez la sage-femme
- La sage-femme oriente la fille vers l'agent de services communautaires
- L'agent de services communautaires soutient la fille dans ses émotions et contacte l'agent de services communautaires du HCR pour une assistance
- L'agent de services communautaire du HCR échange avec la fille et se rend compte qu'elle veut impliquer la Police, puis l'oriente vers l'agent du service protection du HCR
- L'agent de protection du HCR rencontre la fille, la ramène chez le médecin pour d'autres questions additionnelles
- Le médecin renvoie la fille chez l'agent de protection du HCR
- L'agent de protection du HCR l'oriente vers la police
- La Police contacte le médecin
- Le médecin contacte sa mère
- La mère accompagne sa fille chez un agent de protection du HCR
- L'agent de protection du HCR l'oriente vers un avocat
- L'avocat contacte la police
- La police contacte un procureur pour lui demander de s'entretenir avec la personne survivante
- Le procureur discute avec l'avocat
- L'avocat discute avec le procureur
- Le procureur appelle le médecin à propos de la personne survivante pour avoir des informations sur les examens médicaux ; le médecin a oublié d'examiner quelque chose et demande à voir la personne survivante à nouveau
- Le médecin l'oriente vers un.e travailleur.se social.e
- Le/la travailleur.se social.e contacte la police pour communiquer de nouvelles informations
- La police contacte l'agent de protection du HCR pour signaler l'incident
- L'agent de protection du HCR contacte la mère pour poser des questions supplémentaires
- La mère pose des questions supplémentaires à la personne survivante
- La survivante va voir le leader de la communauté car elle est confuse par rapport au processus
- Un journaliste a entendu parler de l'affaire, se rend chez le leader de la communauté et veut parler à la personne survivante (optionnel)

- La personne survivante parle au journaliste et au leader de la communauté (optionnel)
- Le leader communautaire contacte le procureur et le juge pour connaître l'état d'avancement du dossier
- Le procureur et le juge oriente le leader de la communauté vers la police
- La police oriente le leader de la communauté vers l'agent de protection du HCR

Arrêter le jeu lorsque chaque acteur a pris part à au moins 2 échanges de communication sur l'affaire. Il y aura au milieu du cercle une large toile rouge ou chaque acteur tient des parties du fil.

Marquer une pause **pour regarder** sur Internet. **Poser** quelques questions pour stimuler les discussions :

- Que voyez-vous au milieu de ce cercle ?
- Est-ce que cela a été utile pour la personne survivante ? Traumatissant ?
- Une situation de ce genre peut-elle se passer dans votre contexte ?
- Qu'aurait-on pu faire pour éviter d'avoir cette toile ?
- Aux observateurs : Combien de fois avez-vous parlé à la personne survivante (ou à d'autres personnes à propos d'elle) ?
- Aux acteurs : Combien de fois avez-vous parlé avec la personne survivante ou avec d'autres à propos d'elle ? Vous souvenez-vous des détails ?

Les acteurs doivent **lâcher prise** et laisser tomber le fil par terre. Laisser le désordre chaotique filandreux par terre pour que tout le monde le voie.

Expliquer que dans l'unité suivante nous allons examiner de près les procédures opérationnelles standards (POS) qui aident à définir les parcours de référencement, les rôles des agences partenaires et la coordination. **Débrief** en veillant à mettre en évidence les points suivants :

- Le survivant/la victime des violences sexuelle passe par un système complexe impliquant plusieurs contacts ou ressources qui ne sont pas bien coordonnées ou convenablement mis en place. Un tel système complexe peut décourager les victimes/survivants qui veulent des soins. Un système plus transparent peut envisager d'avoir une personne 'en charge du dossier' au profit du survivant/la victime. Cette personne peut l'aider à comprendre et utiliser le système. On peut aussi mettre en place un « Guichet unique » où se trouvent tous les acteurs appropriés (police, travailleur social, conseiller juridique) pour échanger avec la victime/survivant.
- Bien définir le processus de référence pour éviter les va-et-vient inutiles du survivant/la victime, éviter de retarder le traitement médical et aggraver la situation de la victime (comme l'a démontrée l'activité avec les fils).

- Inclure les membres de la communauté affectée dans l'élaboration des POS pour leur permettre de connaître les mécanismes de réponses mis en place. La communauté peut s'impliquer dans : la sensibilisation par les pairs sur les droits humains, notamment les droits de la femme ; la mise en place des comités féminins ; l'animation des groupes féminins d'appui aux victimes/survivants. En outre, la communauté peut engager les groupes féminins dans l'identification des victimes/survivants, etc. Les survivants/victimes de violence sexuelle doivent savoir où se rendre pour recevoir l'attention, l'assistance, l'appui et les soins qu'il leur faut.

PRÉSENTATION DU FACILITATEUR ET DISCUSSION DE GROUPE

Reprendre la présentation. **Montrer** les diapositives 156-167 et en **discuter** à l'aide de notes et activités figurant dans la présentation sur les thèmes évaluant la santé mentale et le soutien psychosocial et les directives pour les soins de suivi.



Note : Le facilitateur doit connaître les mécanismes d'orientation vers les conseils psychosociaux, les soins psychiatriques ou le soutien psychosocial dans le contexte. Penser à inviter le/la coordinateur.rice GBV local.e pour faciliter ou aider à la facilitation de cette unité (sur les orientations) et l'unité suivante qui porte sur les procédures opérationnelles standards (POS).

Durée :
30 minutes

Objectifs de la session :

À la fin de cette unité, les participants seront capables de :

- Décrire le rôle du prestataire de soins dans la mise en œuvre des POS.
- Évoquer la manière dont les POS peuvent améliorer l'accès aux soins.

APERÇU DE L'UNITÉ

DURÉE ET MÉTHODOLOGIE

- 30 minutes : Présentation du facilitateur et discussion de groupe

PRÉPARATION

- Imprimer, télécharger et réunir les supports comme indiqué ci-dessous
- Déterminer si les procédures opérationnelles standards (POS) sont déjà en place. Imprimer des exemplaires des POS du site et adapter la présentation en fonction. En l'absence de POS, parcourir cette présentation et faire un brainstorming sur la manière de commencer des discussions sur le processus avec le/la coordinateur.rice GBV

IMPRIMER :

- Exemple de POS

TÉLÉCHARGER :

- Présentation :
- Diapositives 168-176

RÉUNIR :

- Un projecteur et un ordinateur avec son

GUIDE DÉTAILLÉ DE LA SESSION

PRÉSENTATION DU FACILITATEUR ET DISCUSSION DE GROUPE

Cette unité s'appuie sur l'introduction aux orientations de l'Unité 6, pour aider les participants à comprendre le rôle du prestataire de soins dans la mise en œuvre des POS et la manière dont les POS peuvent améliorer l'accès aux soins.



Note : Déterminer si les procédures opérationnelles standards (POS) sont déjà en place et adapter la présentation en fonction des POS. En l'absence de POS, parcourir cette présentation et faire un brainstorming sur la manière de commencer des discussions sur le processus avec le/la coordinateur.ice GBV. Si des POS sont en place dans le contexte concerné, rappeler aux participants qu'ils doivent connaître le parcours de référencement.



Note : Penser à inviter le/la coordinateur.ice GBV local.e pour faciliter cette unité.

Montrer les diapositives 168-175 et en **discuter** en utilisant les notes et les activités de la présentation.

S'arrêter sur la diapositive 171 : *Procédures opérationnelles standards (POS)* pour les examiner et **évoquer** l'exemple de POS avec les participants. **Expliquer** que les procédures opérationnelles standards constituent un accord entre agences et présentent les rôles et les responsabilités pour prévenir et répondre à la violence sexuelle. En raison de l'importance de la collaboration multisectorielle pour les programmes de VBG, les coordinateur.ice.s de SSR et les responsables de programme de santé peuvent activement participer à un processus pour la clarification des rôles et responsabilités et la collaboration au sein de et entre les secteurs pour prévenir et agir face à la VBG. Le résultat de ce processus est souvent dénommé procédures opérationnelles standards sur la VBG. La définition de procédures opérationnelles standards doit être le fruit d'un processus de collaboration suite à des consultations auprès de parties prenantes et d'acteurs du contexte.

Durée :

60 minutes (1 heure)

Objectifs de l'unité :

À la fin de cette session, les participants seront capables de :

- Expliquer le rôle du prestataire de soins dans le suivi et l'évaluation.
- Expliquer le rôle du prestataire de soins dans la gestion des stocks.

APERÇU DE L'UNITÉ

DURÉE ET MÉTHODOLOGIE

- 45 minutes : Présentation du facilitateur et discussion de groupe
- 15 minutes : Vidéo et discussion de groupe

PRÉPARATION

- Imprimer, télécharger et réunir les supports comme indiqué ci-dessous

IMPRIMER :

Cahier du participant :

- Exemple de formulaire sur l'historique et l'examen (voir l'Unité 5)
- Outil d'audit
- Exemple de liste de contrôle sur l'établissement de santé

TÉLÉCHARGER :

Vidéo :

- * [Reproductive Health Kits Shelving](#) (FNUAP, 2012), 5:37 minutes

Présentation :

- Diapositives 176 à 197

RÉUNIR :

- Un projecteur et un ordinateur avec son



*Note : Cette vidéo n'est disponible qu'en anglais. Vous pouvez utiliser une autre vidéo comparable sur le thème de cette activité.

GUIDE DÉTAILLÉ DE LA SESSION

PRÉSENTATION DU FACILITATEUR ET DISCUSSION DE GROUPE

Cette unité comprend une présentation liée aux activités de suivi et d'évaluation. Montrer les diapositives 176-189 et en **discuter** en utilisant les notes et les activités de la présentation.

S'arrêter sur la diapositive 190 : *Discussion* et **demander** aux participants :

- Est-ce que vous collectez certaines de ces données dans votre contexte clinique ?
- Le Ministère de la Santé (MS) dispose-t-il d'un ensemble d'indicateurs ? Le MS peut utiliser un ensemble d'indicateurs qui est différent des indicateurs de l'agence qui gère le centre de santé. Il est important de respecter la confidentialité et la sécurité des données s'il y a des systèmes parallèles en place. Par exemple, si les données sont collectées pour deux agences différentes, alors ces données sont-elles collectées de manière à protéger l'identité de la personne survivante ?

Montrer et **discuter** les diapositives 191-193, qui sont des exemples d'outils qui sont utilisés dans l'approche du cycle de projet.

Conclure la présentation en **résumant** les points clés présentés dans les diapositives 194-195.

VIDÉO ET DISCUSSION DE GROUPE

Montrer le clip vidéo *Reproductive Health Kits Shelving* sur la gestion des fournitures au sein des centres de santé. Le point clé de la vidéo repose sur l'idée que les fournitures doivent être conservées et suivies de manière organisée. **Demander** : Quel est le rôle du prestataire de soins pour traiter la gestion des fournitures ? **Faciliter** une discussion pendant 5 à 10 minutes sur le sujet.

Conclure l'unité avec la diapositive 197 : *Gestion des fournitures médicales*. **Demander** aux participants des informations sur le positionnement des fournitures sur votre lieu de travail.

Souligner les points clés comme indiqué sur la diapositive.

Durée :

120 minutes (2 heures)

Objectifs de l'unité :

À la fin de cette unité, les participants seront capables de :

- Discuter des principales exigences en matière de prestation de soins cliniques de qualité pour les personnes survivantes de violence sexuelle et de violence exercée par un partenaire intime.
- Développer une liste d'actions initiales pour renforcer les services cliniques pour les personnes survivantes.

APERÇU DE L'UNITÉ

DURÉE ET MÉTHODOLOGIE

- 60 minutes : Travail de groupe
- 60 minutes : Présentations de groupe et discussion

PRÉPARATION

- Imprimer, télécharger et réunir les supports comme indiqué ci-dessous

IMPRIMER :

Cahier du participant :

- Évaluer et renforcer les services cliniques : Directives et outils sur le travail de groupe*
- Liste de contrôle de l'OMS pour dispenser des soins cliniques de qualité*
- Plan d'action*

TÉLÉCHARGER :

Présentation :

- Diapositives 198 à 201

RÉUNIR :

- Un projecteur et un ordinateur avec son

GUIDE DÉTAILLÉ DE LA SESSION

TRAVAIL DE GROUPE

Expliquer que lors de cette session, les participants discuteront des principales exigences liées aux soins cliniques de qualité pour les personnes survivantes de viol et la violence exercée par un partenaire intime et développer une liste d'actions initiales pour renforcer des services cliniques pour les personnes survivantes.

Diviser les participants en groupes, idéalement en fonction du site clinique où ils travaillent. Si plus de cinq participants viennent d'un site clinique, créer plus de groupes. **Orienter** les participants vers la liste de contrôle OMS *Évaluer et renforcer les services cliniques-Directives et outils pour le travail de groupe, pour les soins cliniques de qualité*, et les *ressources du Plan d'action*. **Examiner** ensemble les instructions pour un travail en petite groupe.

Demander aux participants d'utiliser le *Plan d'action* pour capter leurs réflexions sur les lacunes/difficultés identifiées, l'action nécessaire, la/les personne(s) responsable(s), le soutien nécessaire et les dates limites de réalisation. Les participants doivent se concentrer d'abord sur les lacunes et les interventions qui sont faciles à accomplir (la « cible facile »), les premiers résultats et créer un élan pour le changement.

PRÉSENTATIONS DE GROUPE ET DISCUSSION

Après 60 minutes, **prendre** une pause de 15 minutes. Après la pause, **réunir le groupe dans son ensemble**. Chaque groupe aura la possibilité de **présenter** sa discussion au public élargi. **Guider** la discussion vers les solutions pratiques et l'identification des modalités d'amélioration des soins cliniques.

Demander aux participants de faire une présentation sur les questions suivantes :

- Quels éléments des soins cliniques pour les personnes survivantes de violences sexuelles sont actuellement en place ?
- Quels sont les plus grandes forces de votre établissement pour l'administration de soins post-agression ? De quoi êtes-vous le plus fier.e ?
- Quels éléments peuvent être améliorés ? Quelles sont les lacunes actuelles/les ressources requises ? Quelles sont les prochaines étapes clés ?

Durée :

60 minutes (1 heure)

Objectifs de l'unité :

À la fin de cette unité, les participants seront capables de :

- Discuter des stratégies visant à identifier et prévenir le surmenage.
- Réfléchir sur la formation par rapport à la satisfaction des attentes des participants et aux objectifs de la formation.

APERÇU DE L'UNITÉ

DURÉE ET MÉTHODOLOGIE

- 25 minutes : Présentation du facilitateur et discussion de groupe
- 10 minutes : Évaluation du cours
- 15 minutes : Évaluation des connaissances
- 10 minutes : Cérémonie de clôture

PRÉPARATION

- Imprimer, télécharger et recueillir les supports comme indiqué ci-dessous
- Noter les noms des participants sur les certificats de fin de formation

IMPRIMER :

- Évaluation du cours*
- Post-test*
- Certificat de fin de formation*

TÉLÉCHARGER :

- Présentation :
- Diapositives 202 à 209

RÉUNIR :

- Un projecteur et un ordinateur avec son
- Papier de tableau à feuilles mobile

GUIDE DÉTAILLÉ DE LA SESSION

PRÉSENTATION DU FACILITATEUR ET DISCUSSION DE GROUPE

Commencer cette dernière unité en **rappelant** aux participants que leurs besoins en tant que prestataires sont aussi importants que ceux des personnes survivantes dont ils prennent soin. Les agents de santé peuvent développer des maladies liées au stress, comme le surmenage, l'usure de la compassion, ou le traumatisme vicariant. Si vous travaillez avec des personnes survivantes, ayez conscience de ces risques et prenez des mesures pour préserver votre bien-être face au stress professionnel.

En **montrant** la **diapositive 204** : *Soins pour les aidants : Activité*, **dire** aux participants de se diviser en paires. **Évoquer** une expérience difficile à laquelle ils ont été confrontés pendant leur travail en tant que prestataires. Qu'est-ce qui a fait que cette expérience est particulièrement difficile ? Après 10 minutes, réunir les participants en plénière et **inviter** les participants à partager leurs propres réponses, s'ils se sentent à l'aise.

Avant de passer à la diapositive suivante, **demander** aux participants :

- Qu'est-ce que le surmenage ?
- Avez-vous déjà eu le sentiment d'être en « surmenage » ou avez-vous travaillé avec quelqu'un qui était en « surmenage » ?
- Comment vous en êtes-vous rendu compte ? Dans quelle mesure est-ce que c'était différent d'une « mauvaise journée » ? Comment vous sentiez-vous dans votre corps ?
- Comment votre comportement/le comportement de votre collègue a-t-il changé ?

Après que quelques volontaires ont partagé leurs idées, **passer** à l'animation et expliquer les points figurant sur la **diapositive 205**. **Parcourir** le reste de la présentation.

Terminer cette formation en commençant par **examiner** les objectifs du cours et **revoir** les attentes des participants. Veiller à ce que toutes les attentes aient été satisfaites.

ÉVALUATION DU COURS

Remercier les participants de leur attention et leur participation à cette brève formation. **Distribuer** le **formulaire sur l'évaluation du cours**. **Demander** aux participants de **prendre 10 minutes pour remplir l'évaluation du cours** et **de faire part** de leur feedback sur les domaines qui ont été bien traités et ceux qui pourraient être améliorés. **Rappeler** aux participants que leur contribution est essentielle pour l'amélioration de la formation.

ÉVALUATION DES CONNAISSANCES

Distribuer et demander aux participants de faire le **post-test** sur les **connaissances**, qui couvre le contenu du cours entier. **Demander** aux participants de prendre 15 minutes pour effectuer le test. Les participants doivent utiliser le même numéro que celui qu'ils ont choisi au début de la formation au lieu d'écrire leur nom.

CÉRÉMONIE DE CLÔTURE

Remettre à chaque participant un **certificat de fin de formation** et les féliciter.

ANNEXE 1 : EXEMPLE DE PROGRAMME DE FORMATION

Voici un exemple de programme pour une formation de perfectionnement sur la prise en charge clinique des personnes survivantes de violence sexuelle. Il se peut que vous deviez adapter certains éléments et le temps accordé en fonction de votre contexte et du niveau d'expérience des participants. Une version électronique du *programme de formation* figure dans les supports de formation.

Unité	Horaire	Titre de la session	Objectifs (À la fin de cette session, les participants seront capables de) :	Méthodologie
JOUR 1				
	8h00 – 8h30	Inscription des participants		
Introduction				
1	8h30 – 9h15	Accueil et présentations <ul style="list-style-type: none"> • Brise-glace • Attentes et règles de base • Pré-test 	<ul style="list-style-type: none"> • Réfléchir sur leurs attentes par rapport à la formation • Convenir des règles de base de la formation 	<ul style="list-style-type: none"> • Discussion
2	9h15 – 10h15	Concepts clés : Présentation <ul style="list-style-type: none"> • Violence sexuelle : Obstacles aux soins et au soutien • Concepts clés de la violence basée sur le genre (VBG) 	<ul style="list-style-type: none"> • Expliquer le lien entre la violence basée sur le genre et les violations des droits humains • Définir la VBG • Décrire les principes directeurs du travail avec les personnes survivantes de violence sexuelle 	<ul style="list-style-type: none"> • Vidéo • Présentation
10h15 – 10h30 Pause				
2	10h30 – 12h00	Concepts clés : À sa place	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibiliser et développer une empathie par rapport aux difficultés auxquelles sont exposées les personnes survivantes qui sont confrontées à la violence lorsqu'elles sollicitent un soutien 	<ul style="list-style-type: none"> • Activité participative
2	12h00 – 13h00	Concepts clés : Couverte de culpabilité	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en évidence la manière dont les normes sociales peuvent avoir des répercussions sur la capacité des personnes survivantes à solliciter de l'aide et accéder aux soins, y compris les populations spéciales (LGBTQIA, adolescents, personnes vivant avec un handicap, travailleurs sexuels du sexe et minorités religieuses et ethniques) • Encourager les participants à envisager ce qu'ils peuvent faire en tant que prestataires pour fournir une réponse empathique aux personnes survivantes de violences sexuelles 	<ul style="list-style-type: none"> • Activité participative
13h00 – 14h00 Déjeuner				
2	14h00 – 15h00	Concepts clés : Marquez votre mécontentement	<ul style="list-style-type: none"> • Réfléchir de manière critique sur les perceptions et croyances des participants qui peuvent affecter la qualité des soins dont bénéficient les personnes survivantes y compris les membres de populations vulnérables. 	<ul style="list-style-type: none"> • Activité participative
Prise en charge clinique des survivantes de violence sexuelle				

Unité	Horaire	Titre de la session	Objectifs (À la fin de cette session, les participants seront capables de) :	Méthodologie
3	15h00 – 16h00	Préparer le site clinique, identifier les personnes survivantes, apporter un soutien de première ligne (Étape 1)	<ul style="list-style-type: none"> • Décrire les éléments qui doivent être en place dans le système de santé pour fournir de services cliniques aux personnes survivantes. • Évoquer les signes et symptômes courants de la violence sexuelle et des violences commises par un partenaire intime • Résumer les principes de base de la communication de soutien et la première ligne d'intervention (VIVRE) pour les personnes survivantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Présentation • Démonstration
JOUR 2				
	8h30 – 8h45	Récap de la Journée 1		
4	8h45 – 11h15	Consentement éclairé, historique médical et examen physique (Étapes 2-4)	<ul style="list-style-type: none"> • Résumer les éléments clés du consentement éclairé • Décrire la manière de conduire et recueillir des éléments complets sur l'historique du patient en matière de violence sexuelle, et documenter les résultats de manière appropriée • Expliquer les composantes de l'examen physique des personnes survivantes de violence sexuelle, notamment l'examen des organes génitaux internes et externes • Décrire les principes de la collecte des preuves médico-légales pendant l'examen physique • Discuter de l'objectif et de la composition d'un certificat médical 	<ul style="list-style-type: none"> • Présentation • Activité en groupe
11h15 – 11h30 Pause				
5	11h30 – 12h30	Administrer un traitement et prodiguer les conseils connexes (Étape 5)	<ul style="list-style-type: none"> • Offrir un traitement approprié pour les personnes survivantes adultes et enfants, de violence sexuelle, notamment : <ul style="list-style-type: none"> · La contraception d'urgence · Les tests de grossesse, les informations sur les options en matière de grossesse et les soins liés à l'avortement sécurisé, dans les limites prévues par la loi · Le traitement présomptif pour les infections sexuellement transmissibles (IST) · La prophylaxie post-exposition (PPE) pour prévenir la transmission du VIH · La prévention de l'hépatite B et du papillomavirus humain (VPH) · Le traitement des blessures et prévention du tétanos 	<ul style="list-style-type: none"> • Activité • Présentation
12h30 – 13h30 Déjeuner				
5	13h30 – 14h45	Administrer un traitement et prodiguer les conseils connexes (étape 5) <i>suite</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Offrir un traitement approprié pour les personnes survivantes adultes et enfants, de violence sexuelle, notamment : <ul style="list-style-type: none"> · La contraception d'urgence · Les tests de grossesse, les informations sur les options en matière de grossesse et les soins liés à l'avortement sécurisé, dans les limites prévues par la loi · Le traitement présomptif pour les infections sexuellement transmissibles (IST) · La prophylaxie post-exposition (PPE) pour prévenir la transmission du VIH · La prévention de l'hépatite B et du papillomavirus humain (VPH) · Le traitement des blessures et la prévention du tétanos 	<ul style="list-style-type: none"> • Activité en groupe • Présentation
5	14h45 – 16h00	Administrer un traitement et prodiguer les conseils connexes (étape 5) <i>suite</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Faire la démonstration des conseils de soutien, précis prodigués aux personnes survivantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Activité en groupe

Unité	Horaire	Titre de la session	Objectifs (À la fin de cette session, les participants seront capables de) :	Méthodologie
JOUR 3				
	8h30 – 8h45	Récap de la Journée 2		
6	8h45 – 10h45	Améliorer la sécurité et les orientations, la santé mentale et le soutien psychosocial, les soins de suivi (Étapes 6-8)	<ul style="list-style-type: none"> • Décrire la manière d'évaluer les risques immédiats en matière de sécurité et développer un plan de sécurité pour une personne survivante • Identifier les principaux types de besoins en orientation pour les personnes survivantes • Explorer l'expérience de la personne survivante en matière d'orientation par le biais d'une activité interactive renforçant l'empathie • Discuter des stratégies pour conseiller les personnes survivantes par rapport à la santé mentale au soutien psychosocial • Discuter des directives de soins de suivi et du timing 	<ul style="list-style-type: none"> • Présentation • Activité en groupe
10h45 – 11h00 Pause				
Programmation relative à la prise en charge clinique des personnes survivantes de violence sexuelle				
7	11h00 – 11h30	Procédures opérationnelles standards (POS)	<ul style="list-style-type: none"> • Décrire le rôle du prestataire de soins dans la mise en œuvre des POS • Évoquer la manière dont les POS peuvent améliorer l'accès aux soins 	<ul style="list-style-type: none"> • Présentation
8	11h30 – 12h30	Suivi & Évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Expliquer le rôle du prestataire de soins dans le suivi et l'évaluation • Expliquer le rôle du prestataire de soins dans la gestion de stock 	<ul style="list-style-type: none"> • Présentation • Vidéo
12h30 – 13h30 Déjeuner				
9	13h30 – 15h30	Évaluer et renforcer les services cliniques pour les personnes survivantes de violence sexuelle	<ul style="list-style-type: none"> • Discuter des principales exigences en matière de prestation de soins cliniques de qualité pour les personnes survivantes de violences sexuelles et de violences exercées par un partenaire intime • Développer une liste d'actions initiales pour renforcer les services cliniques pour les personnes survivantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Travail de groupe
Clôture				
10	15h30 – 16h30	Soins pour les aidants, évaluation et clôture <ul style="list-style-type: none"> • Certificat de fin de formation • Post-test • Évaluation de la formation 	<ul style="list-style-type: none"> • Discuter des stratégies visant à identifier et prévenir le surmenage • Réfléchir sur la formation par rapport à la satisfaction des attentes des participants et aux objectifs de la formation 	<ul style="list-style-type: none"> • Présentation • Discussion

ANNEXE 2 : CORRIGÉ DU PRÉ-TEST ET DU POST-TEST DU PARTICIPANT

1. Parmi les éléments suivants, lesquels sont des formes de violence basée sur le genre ? *Choisir tous les cas qui s'appliquent.*
 - a. **Tout commentaire sexuel non désiré**
 - b. **Pénétration forcée de l'anus avec le pénis ou un objet étranger**
 - c. **Mariage forcé**
 - d. **Mutilation génitale féminine**
 - e. **Crime d'honneur**
2. Est-il possible pour une personne survivante de violence sexuelle de n'avoir aucune blessure visible ?
 - a. **Oui**
 - b. Non
3. Le prestataire de soins doit communiquer avec la personne survivante en :
 - a. **Posant des questions ouvertes et en ayant de l'empathie avec elle**
 - b. Donnant un petit cours sur les droits humains
 - c. Approfondissant les questions sur l'agresseur qui est connu du prestataire
 - d. Dressant la liste des conséquences négatives de la violence sexuelle
4. Si un mari a des rapports sexuels avec sa femme quand elle ne veut pas :
 - a. C'est son droit, étant donné qu'ils sont mariés
 - b. Ce n'est pas le problème d'un professionnel de la santé
 - c. Ce n'est illégal que si elle est mineure
 - d. **C'est considéré comme un acte de violence sexuelle**
5. Les renseignements médicaux et de santé sur une personne survivante de violence sexuelle peuvent être évoqués sans le consentement avec : *(Choisir tous les cas qui s'appliquent.)*
 - a. Les membres de la famille de la personne survivante
 - b. Un agent de police qui demande le certificat médical
 - c. Un conseiller juridique
 - d. Un psychologue
 - e. **Personne**
6. Que faut-il faire dans le cadre de l'évaluation préliminaire d'une patiente qui se présente suite à une agression sexuelle ? *Choisir tous les cas qui s'appliquent.*
 - a. **Évaluer la stabilité médicale**
 - b. **Évaluer si le traitement requis peut être administré dans votre établissement ou si une orientation vers un autre établissement est nécessaire**
 - c. Déterminer si la patiente a été agressée sexuellement
 - d. **Assurer une intervention de première ligne (VIVRE)**
7. Quel est le but du consentement éclairé ? *Choisir tous les cas qui s'appliquent.*
 - a. Expliquer toutes les procédures d'examen et de traitement à la personne survivante de violence sexuelle
 - b. Veiller à ce que la personne survivante de violence sexuelle comprenne toutes les procédures d'examen et de traitement
 - c. Donner la possibilité à la personne survivante de violence sexuelle de choisir les examens et traitements
 - d. **Tout ce qui précède**
8. Que devez-vous faire si une personne survivante de violence sexuelle refuse de donner son consentement à l'examen ?
 - a. **Expliquer le but et les procédures d'examen et de traitement en détail, et accepter la décision du/de la patient.e**
 - b. Expliquer que sans l'examen, personne ne le/la croira
 - c. Procéder à l'examen et au traitement, étant donné que le but est d'agir dans l'intérêt du/de la patient.e
 - d. Demander à la personne survivante de venir avec un membre de sa famille pour que vous puissiez l'expliquer au membre de famille
9. Pendant que vous parlez à la personne survivante, il/elle a les larmes aux yeux et reste calme. Quelle est la meilleure réponse ? *Choisir tous les cas qui s'appliquent.*
 - a. Éviter le contact visuel et passer rapidement à une autre question.
 - b. **Demander au/à la patient.e s'il/si elle veut prendre une pause**
 - c. Rassurer le/la patient.e en disant « Je sais ce que vous ressentez »
 - d. L'encourager à répondre en lui disant que vous avez un.e autre patient.e qui attend
10. Durant l'évaluation de la sécurité, une cliente révèle que son partenaire l'a étranglée, a menacé de la tuer et suit chacun de ses mouvements. Quelle est l'action adaptée ?
 - a. Conseiller à la cliente de ne pas essayer de provoquer son partenaire pour préserver sa sécurité
 - b. **Fournir un soutien de première ligne, proposer l'orientation vers un refuge ou un hébergement sécurisé, ou travailler avec elle pour identifier un plan de sécurité sur lequel elle pourra s'appuyer (comme le domicile d'une amie ou un lieu de culte)**
 - c. Ne pas agir, étant donné que la cliente a répondu oui à moins de trois questions d'évaluation de la sécurité et n'est pas en danger immédiat

11. Le but de l'examen physique d'une personne survivante de violence sexuelle est de : *(Choisir tous les cas qui s'appliquent.)*
- Déterminer la virginité
 - Déterminer de façon concluante si une agression sexuelle a eu lieu ou non
 - Évaluer et documenter les blessures**
12. Lors de l'examen physique d'une personne survivante de violence sexuelle, je dois : *(Choisir tous les cas qui s'appliquent.)*
- Éviter d'expliquer ce que je fais de manière à ne pas effrayer la patiente
 - Encourager le/la patient.e à poser des questions s'il ou si elle le veut**
 - Demander la permission du/de la patient.e avant de le ou la toucher**
 - Arrêter l'examen à tout moment si le/la patient.e le demande**
13. L'examen vaginal par spéculum est indiqué pour :
- Toutes les femmes survivantes de violence sexuelle
 - La collecte de preuves médico-légales chez les filles prépubères
 - Si une femme signale une pénétration vaginale et montre des signes de saignements inhabituels
14. Les résultats des examens qui peuvent indiquer la nécessité d'orienter vers un niveau supérieur de soins chirurgicaux comprennent :
- Un corps étranger dans la paroi vaginale
 - Les saignements abondants du rectum
 - L'incontinence urinaire ou fécale
 - Tout ce qui précède**
15. Pour éviter une grossesse non désirée, la contraception d'urgence doit être administrée dans les **120 heures**. *(Compléter)*
16. La prophylaxie post-exposition au VIH peut être indiquée pour : *(Choisir tous les cas qui s'appliquent.)*
- Les femmes enceintes et les enfants survivants de violences sexuelles**
 - Les personnes survivantes de violences sexuelles se présentant dans les 72 heures suivant l'exposition**
 - Les personnes survivantes de violence sexuelle se présentant dans les 120 heures suivant l'exposition
 - Les personnes survivantes de pénétration de l'anus par le pénis dans les 72 heures suivant l'exposition**
17. Les médicaments de PPE au VIH doivent être pris pendant **28** ou 30 jours. *(Entourer la bonne réponse.)*
18. Le dépistage du VIH est nécessaire avant de commencer la PPE.
- Vrai
 - Faux**
19. Une jeune fille de 16 ans se présente dans votre établissement de santé six mois après avoir été agressée sexuellement. Elle ne signale pas de perte vaginale, de douleurs et de saignements. Quels services proposez-vous ? *(Choisir tous les cas qui s'appliquent.)*
- Des antibiotiques pour traiter le chlamydia et la gonorrhée**
 - Le dépistage de la syphilis, si possible**
 - La contraception d'urgence
 - La PPE au VIH
 - L'orientation pour les conseils psychologiques et les services de soutien communautaire**
20. Dresser la liste de réactions émotionnelles courantes par rapport à la violence sexuelle que peut avoir une personne survivante :
- Tristesse/dépression/anxiété**
 - Honte/gêne**
 - Culpabilité**
 - Crainte**
 - Isolement**
21. Les hommes survivants de violence sexuelle peuvent avoir une érection ou un orgasme durant une agression sexuelle et doivent être rassurés quant au fait qu'il s'agit d'un réflexe normal qu'ils n'ont pas pu contrôler.
- Vrai**
 - Faux
22. L'incontinence fécale constatée durant un examen d'un garçon de cinq ans peut indiquer : *(Choisir tous les cas qui s'appliquent.)*
- La nécessité d'un examen rectal digital
 - La nécessité d'un niveau plus élevé de soins chirurgicaux**
 - Une déchirure du muscle du sphincter rectal**
 - Tout ce qui précède
23. La contraception d'urgence est indiquée pour les jeunes survivantes qui n'ont pas commencé à avoir leurs règles mais ont développé une poitrine et qui présentent d'autres signes de puberté.
- Vrai**
 - Faux

ANNEXE 3 : RÉFÉRENCES ET RESSOURCES RECOMMANDÉES

1. Brady, Joan Laidig, James D. Guy, Paul L. Poelstra et Beth Fletcher Brokaw. "Vicarious Traumatization, Spirituality, and the Treatment of Sexual Abuse Survivors: A National Survey of Women Psychotherapists." *Professional Psychology: Research and Practice* 30, no. 4 (1999): 386–93. doi.org/10.1037/0735-7028.30.4.386.
2. *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized*. Philadelphia, PA, US: Brunner/Mazel, 1995.
3. Csete, Joanne et Juliane Kippenberg. *La guerre dans la guerre : Violence sexuelle contre les femmes et les filles dans l'est du Congo*. New York: Human Rights Watch.
4. DFID. « Violence Against Women and Girls Helpdesk: Evidence Digest Issue 01 », avril 2014. www.eldis.org/document/A69124.
5. Di Maio, Vincent J. M. et Suzanna E. Dana. *Handbook of Forensic Pathology*. Vademecum. Austin, Texas: Landes Bioscience, 1998.
6. Ferro Ribeiro, Sara, et Danaé van der Straten Ponthoz. « International Protocol on the Documentation and Investigation of Sexual Violence in Conflict. » 2^e édition. UK Foreign & Commonwealth Office, mars 2017. www.gov.uk/government/publications/international-protocol-on-the-documentation-and-investigation-of-sexual-violence-in-conflict.
7. Follette, Victoria M. et Joseph I. Ruzek. *Cognitive Behavioral Therapies for Trauma*. 2^e éd. New York : The Guilford Press, 2006.
8. Girardin, Barbara W., ed. *Color Atlas of Sexual Assault*. St. Louis : Mosby, 1997.
9. Comité permanent interorganisations. Directives pour l'intégration d'interventions ciblant la violence basée sur le genre dans l'action humanitaire. <https://gbvguidelines.org/fr/>.
10. Comité permanent interorganisations. *Comment soutenir les survivants de violences basées sur le sexe lorsqu'aucun acteur spécialiste en la matière n'est disponible dans votre secteur : Guide de poche étape par étape destiné aux praticiens de l'aide humanitaire*, 2015. gbvguidelines.org/en/pocketguide.
11. Comité permanent interorganisations. *Comment soutenir les survivants de violences basées sur le sexe lorsqu'aucun acteur spécialiste en la matière n'est disponible dans votre secteur : Guide de poche étape par étape destiné aux praticiens de l'aide humanitaire*, 2015. gbvguidelines.org/en/pocketguide.
12. Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive dans les situations de crise humanitaire. *Manuel de terrain du groupe interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire*, 2018. iawgfieldmanual.com.
13. Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive dans les situations de crise humanitaire. *Dispositif minimum d'urgence pour la santé sexuelle et reproductive en situations de crise : Un module d'apprentissage à distance*, 2019. iawg.net/resources/minimum-initial-service-package-distance-learning-module.
14. Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive dans les situations de crise humanitaire. « MISP Considerations Checklist for Implementation During COVID-19 », 2020. iawg.net/resources/misp-considerations-checklist-for-implementation-during-covid-19.
15. Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive dans les situations de crise humanitaire. « Aide-mémoire sur le Dispositif minimum d'urgence (DMU) pour la santé sexuelle et reproductive (SSR) », 2018. iawg.net/resources/misp-reference.
16. International Medical Corps, et Organisation mondiale de la Santé. *MhGAP-IG Base Course - STR Module* (HD), 2013. www.youtube.com/watch?v=kOJXpg_pS98.
17. International Planned Parenthood Federation, Fonds des Nations Unies pour la population et University of New South Wales. *Formation sur le Dispositif minimum d'urgence (DMU) pour la santé sexuelle et reproductive dans les situations de crise : un cours pour les coordinateurs*, 2009. www.medbox.org/preview/5255df75-bb9c-464d-a013-30a20e695ecc/doc.pdf.
18. CPI. *Guide de poche sur la VBG*, 2018. gbvguidelines.org/en/pocketguide.
19. International Rescue Committee et Centre de médecine internationales de UCLA. *Clinical Care for Sexual Assault Survivors: A Multimedia Training Tool*. Consulté le 29 novembre 2020. iawg.net/resources/clinical-care-for-sexual-assault-survivors.
20. International Rescue Committee et UNICEF. *La prise en charge des enfants ayant subi des violences sexuelles en situations de crise humanitaire* : New York, NY, 2012. <https://www.unicef.org/documents/caring-child-survivors-sexual-abuse>.
21. Jhpiego et Centres américains de contrôle et de prévention des maladies. *Outil d'évaluation de l'assurance qualité des services liés à la violence basée sur le genre*, 2018. resources.jhpiego.org/resources/GBV-QA-tool.
22. Jhpiego et Centres américains de contrôle et de prévention des maladies. *Outil d'évaluation de l'assurance qualité des services liés à la violence basée sur le genre. Guide de facilitation*, 2018. resources.jhpiego.org/resources/GBV-QA-tool.
23. Lunde, I., et J. Ortmann. « Prevalence and Sequelae of Sexual Torture ». *Lancet (Londres, Angleterre)* 336, no. 8710 (4 août 1990) : 386–93. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.30.4.386>.
24. Organisation mondiale de la Santé, War Trauma Foundation et World Vision International. *Psychological First Aid: Facilitator's Manual for Orienting Field Workers*. Organisation mondiale de la Santé, 2013. apps.who.int/iris/handle/10665/102380.
25. Peel, M, A Mahtani, G Hinshelwood et D Forrest. « The Sexual Abuse of Men in Detention in Sri Lanka ». *The Lancet* 355, no. 9220 (Juin 2000) : 2069–70. [doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)02368-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)02368-0).
26. Plan International. « In Double Jeopardy: Adolescent Girls and Disasters », 2013. plan-international.org/double-jeopardy-adolescent-girls-and-disasters.

27. Raising Voices, and Program for Appropriate Technology in Health (PATH). *In Her Shoes Toolkit*, 2011. <https://preventgbv africa.org/in-her-shoes/in-her-shoes-toolkit/>.
28. Russell, Wynne. « Sexual Violence against Men and Boys » *Forced Migration Review*, no. 27 (Janvier 2007). www.fmreview.org/sites/fmr/files/FMRdownloads/en/sexualviolence.pdf.
29. Shteir, Sarah. « Conflict-Related Sexual and Gender-Based Violence: An Introductory Overview to Support Prevention and Response Efforts ». Report. Australian Civil-Military Centre, 14 février 2014. Australie. apo.org.au/node/39108.
30. Sivakumaran, S. « Sexual Violence Against Men in Armed Conflict » *European Journal of International Law* 18, no. 2 (1 avril 2007): 253–76. doi.org/10.1093/ejil/chm013.
31. Tran, Nguyen Toan, Kristen Harker, Wambi Maurice E. Yameogo, Seni Kouanda, Tieba Millogo, Emebet Dlasso Menna, Jeevan Raj Lohani, et al. « Clinical Outreach Refresher Trainings in Crisis Settings (S-CORT): Clinical Management of Sexual Violence Survivors and Manual Vacuum Aspiration in Burkina Faso, Nepal, and South Sudan » *Reproductive Health Matters* 25, no. 51 (30 novembre 2017): 103–13. doi.org/10.1080/09688080.2017.1405678.
32. FNUAP. *Inter-Agency Emergency Reproductive Health Kits for Use in Humanitarian Settings: Manual*. 6^e Edition, 2019.
33. Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. *Travailler avec les hommes et les garçons survivants de violence sexuelle et sexiste dans les situations de déplacement forcé*, 2012. www.refworld.org/docid/5006aa262.html.
34. Fonds des Nations Unies pour la population. *Reproductive Health Kits Shelving*, 2012. www.unfpa.org/video/reproductive-health-kits-shelving.
35. Conseil de sécurité des Nations Unies. « Violences sexuelles liées aux conflits Rapport du Secrétaire général » 2014. www.securitycouncilreport.org/un-documents/document/s2014181.php.
36. Vu, Alexander, Atif Adam, Andrea Wirtz, Kiemanh Pham, Leonard Rubenstein, Nancy Glass, Chris Beyrer, et Sonal Singh. « The Prevalence of Sexual Violence among Female Refugees in Complex Humanitarian Emergencies: A Systematic Review and Meta-Analysis » *PLOS Currents Disasters*, 18 mars, 2014. doi.org/10.1371/currents.dis.835f10778fd80ae031aac12d3b533ca7.
37. Ward, Jeanne. *If Not Now, When?: Addressing Gender-Based Violence in Refugee, Internally Displaced, and Post-Conflict Settings: A Global Overview*. New York : Women's Commission for Refugee Women and Children.
38. Ward, Jeanne, Jackie Kirk, and Lisa Ernst. *Broken Bodies, Broken Dreams: Violence against Women Exposed*. Nairobi: OCHA/IRIN, 2005.
39. Women's Refugee Commission. *Iraqi Refugees in Jordan: Gender-Based Violence*, 2009. www.youtube.com/watch?v=InpAY1zsFdM.
40. Organisation mondiale de la Santé. *Caring for Women Subjected to Violence: A WHO Curriculum for Training Health-Care Providers*. Organisation mondiale de la Santé, 2019. www.who.int/reproductivehealth/publications/caring-for-women-subject-to-violence/en.
41. Organisation mondiale de la Santé. *Consolidated Guidelines on the Use of Antiretroviral Drugs for Treating and Preventing HIV Infection: Recommendations for a Public Health Approach*. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2013.
42. Organisation mondiale de la Santé. « COVID-19 and Violence against Women ». Organisation mondiale de la Santé, 2012. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/vaw-covid-19/en/>.
43. Organisation mondiale de la Santé. *Health Care for Women Subjected to Intimate Partner Violence or Sexual Violence: A Clinical Handbook*. Organisation mondiale de la Santé, 2015. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/vaw-clinical-handbook/en/>.
44. Organisation mondiale de la Santé. « Post-Exposure Prophylaxis to Prevent HIV Infection Fact Sheet ». Organisation mondiale de la Santé, décembre 2014. www.who.int/hiv/topics/prophylaxis/info/en.
45. Organisation mondiale de la Santé et Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. *Strengthening the Medico-Legal Response to Sexual Violence*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé, 2015. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/medico-legal-response/en/>.
46. Organisation mondiale de la Santé (OMS), Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), et Haut-Commissaire des Nations Unies pour les réfugiés (HCR). *Prise en charge clinique des survivantes de viol et de violence exercée par un partenaire intime : élaboration de protocoles à adopter dans les situations de crise humanitaire*. Genève : OMS; 2019. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO. www.who.int/reproductivehealth/publications/rape-survivors-humanitarian-settings/en.
47. Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Violence against Women: Strengthening the Health System Response*, 2016. www.youtube.com/watch?v=Qc_GHITvTmI.

Citation suggérée :

Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive dans les situations de crise humanitaire (IAWG) et Jhpiego. Prise en charge clinique des personnes survivantes de viol et de violence exercée par un partenaire intime dans les situations de crise humanitaire. New York : 2022.

© 2022 Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise (IAWG)

Jhpiego
1615 Thames St. #200
Baltimore, MD 21231
www.jhpiego.org

Inter-Agency Working Group (IAWG) on Reproductive Health in Crises
[Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise] (IAWG)
Training Partnership Initiative [Initiative Partenariat de Formation]
Women's Refugee Commission
15 West 37th Street, New York, NY 10018
info.iawg@wrcommission.org
www.iawg.net



Inter-Agency Working Group on
Reproductive Health in Crises

