



Prise en charge clinique des survivantes de viol et de violence exercée par un partenaire intime dans les situations d'urgence

Programme de formation des agents de santé

Manuel du facilitateur



Prise en charge clinique des survivantes de viol et de violence exercée par un partenaire intime dans les situations d'urgence

Programme de formation des agents de santé

Manuel du facilitateur

Prise en charge clinique des survivantes de viol et de violence exercée par un partenaire intime dans les situations d'urgence :
Programme de formation des agents de santé, Manuel du facilitateur

ISBN 978-92-4-010021-3 (version électronique)

ISBN 978-92-4-010022-0 (version imprimée)

© Organisation mondiale de la Santé 2024

Certains droits réservés. Cette publication est disponible sous la licence Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Selon les termes de cette licence, vous pouvez copier, redistribuer et adapter la publication à des fins non commerciales, à condition que celle-ci soit citée de manière appropriée, comme indiqué ci-dessous. L'utilisation de cette publication ne doit pas laisser entendre que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation du logo de l'OMS n'est pas autorisée. Si vous adaptez la publication, vous devez attribuer la même licence Creative Commons ou une licence équivalente à votre publication. Si vous produisez une traduction de cette publication, vous devez ajouter la clause de non-responsabilité suivante à la citation suggérée : « Cette traduction n'a pas été produite par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue responsable quant au contenu ou à l'exactitude de cette traduction. L'édition originale en langue anglaise fait foi ».

Toute médiation relative à des litiges découlant de la licence est menée conformément aux règles de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle (<https://www.wipo.int/amc/fr/mediation/rules/index.html>).

Citation suggérée : Prise en charge clinique des survivantes de viol et de violence exercée par un partenaire intime dans les situations d'urgence : Programme de formation des agents de santé, Manuel du facilitateur. Organisation mondiale de la Santé, Genève (Suisse), 2024. Licence : [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo).

Données de catalogage avant publication (CIP). Les données de CIP sont disponibles à l'adresse suivante : <https://iris.who.int/>.

Ventes, droits et accords de licence. Pour acheter des publications de l'OMS, voir <https://www.who.int/publications/book-orders>. Pour soumettre des demandes d'utilisation commerciale et des questions sur les droits et les licences, voir <https://www.who.int/copyright>.

Documents de tierces parties. Si vous souhaitez réutiliser des éléments de cette publication attribués à un tiers, tels que des tableaux, des figures ou des images, il vous incombe de déterminer si une autorisation est nécessaire pour cette réutilisation et d'obtenir l'autorisation du détenteur des droits d'auteur. Le risque de réclamations résultant de la violation de tout élément appartenant à un tiers dans la publication incombe exclusivement à l'utilisateur.

Clause générale de non-responsabilité : Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Sur les cartes, les lignes pointillées représentent des frontières approximatives qui n'ont parfois pas encore fait l'objet d'un accord.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et produits commerciaux soient agréés ou recommandés par l'OMS de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'OMS a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le contenu publié est diffusé sans aucune garantie expresse ou implicite. La responsabilité de son interprétation et de son utilisation incombe au lecteur. L'OMS ne saurait en aucun cas être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Conception graphique et mise en page : Green Ink Publishing Services Ltd

Table des matières

Remerciements	iv
Acronymes et abréviations	v
Objectif et vue d'ensemble	1
Pour commencer	9
Séance 0. Introduction et présentations	13
Séance 1. Appréhender la violence sexuelle et la VPI en tant que problème de santé publique	17
Séance 2. Améliorer la sensibilisation et la compréhension de l'expérience des personnes survivantes	20
Séance 3. Principes directeurs de la prise en charge clinique des agressions sexuelles et de la VPI dans les situations d'urgence	26
Séance 4. Compétences du personnel de santé pour la communication avec les personnes survivantes	29
Séance 5. Connaître le contexte	31
Séance 6. Identifier et prendre en charge la VPI	35
Séance 7. Soutien de première ligne avec l'approche VIV(RE), partie 1 : <u>V</u> raiment écouter, <u>s'</u> Informer, <u>V</u> alider	38
Séance 8. Soutien de première ligne avec l'approche VIV(RE), partie 1 : <u>R</u> enforcer la sécurité et l' <u>E</u> ntourage	41
Séance 9. Prise en charge clinique des personnes survivantes d'agressions sexuelles, partie 1 : consentement éclairé et anamnèse	44
Séance 10. Prise en charge clinique des personnes survivantes d'agressions sexuelles, partie 2 : examen physique et documentation	48
Séance 11. Prise en charge clinique des personnes survivantes d'agressions sexuelles, partie 3 : traitement et soins	52
Séance 12. Santé mentale et soutien psychosocial (SMSPS)	55
Séance 13. Équilibre émotionnel et prévention de l'épuisement professionnel	60
Séance 14. Simulation clinique	62
Séance 15. Examen médico-légal (facultatif)	65
Séance 16. Conclusion	68
Bibliographie	70
Annexe 1. Horaires de formation et exemples de programmes	72
Annexe 2. Préparer une formation des formateurs	78
Annexe 3. Conseils pour les facilitateurs	81
Annexe 4. Fournir un retour d'information : répondre aux questions et faire le bilan des jeux de rôle	82
Annexe 5. Distribution des certificats ou cérémonie de remise des certificats (facultatif)	84
Annexe 6. Lectures conseillées, ressources pour les facilitateurs, aide-mémoires pour les participants et autres documents à distribuer	85
Annexe 7. Liste récapitulative des fournitures	88
Annexe 8. Outils de retour d'information sur la formation et d'évaluation des participants	89
Annexe A en ligne – Ressources pour les facilitateurs, disponible à l'adresse suivante : https://healthcluster.who.int/publications/m/item/prise-en-charge-clinique-des-survivantes-de-viol-et-de-violence-exerc%c3%a9e-par-un-partenaire-intime-dans-les-situations-d-urgence	
Annexe B en ligne – Aide-mémoires pour les participants, disponible à l'adresse suivante : https://healthcluster.who.int/publications/m/item/prise-en-charge-clinique-des-survivantes-de-viol-et-de-violence-exerc%c3%a9e-par-un-partenaire-intime-dans-les-situations-d-urgence	
Annexe C en ligne – Diapositives de présentation, disponibles à l'adresse suivante : https://healthcluster.who.int/publications/m/item/prise-en-charge-clinique-des-survivantes-de-viol-et-de-violence-exerc%c3%a9e-par-un-partenaire-intime-dans-les-situations-d-urgence	

Remerciements

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le groupe sectoriel mondial de la santé (cluster mondial Santé) remercient chaleureusement les experts, les organisations et les organismes qui ont contribué à la planification, à l'élaboration et à l'examen de ce programme de formation.

Ce programme est le résultat d'une importante contribution technique et d'efforts collaboratifs de l'équipe spéciale sur la santé sexuelle et reproductive (SRH TT) du cluster mondial Santé. Il a été élaboré sous la direction du sous-groupe 7 de la SRH TT, qui se concentre sur le renforcement des liens entre la santé sexuelle et reproductive (SSR) et la violence basée sur le genre (VBG), sous la coordination de Save the Children International (SCI) et du Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA).

Un groupe d'examen technique composé d'organisations partenaires au sein du sous-groupe 7 a examiné plusieurs versions provisoires, vérifié les données et les éléments de preuve, contribué à des exercices et des ressources de formation, et fourni des conseils sur la conception générale du programme. Les représentants sont classés par ordre

alphabétique des organisations représentées et des noms de famille des participants : Comité international de secours (IRC), États-Unis – Sanni Bundgaard, Geoffrey Luttah ; SCI, Royaume-Uni – Sarah Ashraf (co-coordonnatrice), Nancy Ibrahim ; Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR), Suisse – Sandra Harlass ; UNFPA, Suisse – Suhaila Aboud (co-coordonnatrice), Kathleen Mitchell (co-coordonnatrice) ; OMS, Suisse – Avni Amin, Saba Zariv.

Avni Amin et Saba Zariv ont dirigé la préparation du programme et supervisé l'élaboration de la version finale. Le programme a été rédigé par Rebecca Herman (consultante). Le programme a été mis à l'essai à Kano, au Nigéria, du 4 au 8 mars 2024 par SCI et l'UNFPA au Nigéria. La formation pilote a été dispensée par : Saidu Buba Mshelia, Ministère de la santé et des services humains de l'État de Borno, Nigéria ; Nancy Ibrahim, SCI, Royaume-Uni ; et Matthew Onoja, UNFPA, Nigéria.

Les agents de santé qui ont participé à la formation ont apporté des contributions et des retours d'information précieux.

Acronymes et abréviations

CSA	Abus sexuels sur les enfants
DMU	Dispositif minimum d'urgence
FP	Planification familiale
HCR	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
IASC	Comité permanent interorganisations
IAWG	Groupe de travail interorganisations sur la santé procréative en situation de crise
IDP	Personne déplacée à l'intérieur de son propre pays
IRC	Comité international de secours
IST	Infection sexuellement transmissible
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PECV/VPI	Prise en charge clinique des survivantes de viol et de violence exercée par un partenaire intime
PECV	Prise en charge clinique des survivantes de viol
PPE	Prophylaxie postexposition
RH	Santé reproductive
SCI	Save the Children International
SMSPS	Santé mentale et soutien psychosocial
SRH TT	Équipe spéciale sur la santé sexuelle et reproductive
SSR	Santé sexuelle et reproductive
ToT	Formation des formateurs
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
USAID	Agence américaine pour le développement international
VBG	Violence basée sur le genre
VCT	Accompagnement et dépistage volontaires
VIVRE	Vraiment écouter, s'Informer sur les besoins et les préoccupations, Valider, Renforcer la sécurité et l'Entourage
VPI	Violence exercée par un partenaire intime

Titres abrégés des ressources fréquemment citées dans ce manuel :

Manuel sur la maltraitance des enfants : *Intervenir en cas de maltraitance des enfants : Manuel clinique destiné aux professionnels de santé* (OMS, 2022 ; disponible à l'adresse suivante : <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789240048737>)

Manuel clinique : *Soins de santé pour les femmes victimes d'actes de violence commis par un partenaire intime ou d'actes de violence sexuelle : Manuel clinique* (OMS, 2014 ; disponible à l'adresse suivante : <https://iris.who.int/handle/10665/204236>)

Directives sur la PECV/VPI : *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, UNFPA et HCR, 2020 ; disponible à l'adresse suivante : <https://iris.who.int/handle/10665/354572>)

Directives relatives à la prise en charge des enfants ayant subi des abus sexuels : *Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines* (OMS, 2017 ; disponible [en anglais] à l'adresse suivante : <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550147>)

Le DMU pour la SSR : *Le dispositif minimum d'urgence pour la santé sexuelle et reproductive* (IAWG ; disponible à l'adresse suivante : <https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/MISP-French-web.pdf>)

Objectif et vue d'ensemble

La violence sexuelle, notamment le viol et la VPI, constitue une menace urgente pour la santé et le bien-être qu'il faut prendre en charge et traiter, même en temps de crise. La violence sexuelle et la VPI sont omniprésentes dans le monde et il est universellement démontré qu'elles augmentent en période de stress, de crise et de conflit.

En outre, si les droits fondamentaux exigent que l'on prenne en charge la VBG de manière holistique, y compris au sein du système de santé, les effets sur la santé des agressions sexuelles et de la VPI, qui sont sensibles au facteur temps, justifient l'inclusion de services de prise en charge spécifiques dans le dispositif minimum d'urgence (DMU), qui devraient être préservés indépendamment de la phase, de l'acuité ou de la gravité d'une situation d'urgence.

Cet impératif de prise en charge clinique des survivantes de viol (PECV), ainsi que de riposte à la VPI et de traitement de celle-ci transparaît dans les normes interorganisations. Pour en savoir plus, veuillez consulter les documents suivants :

Ce programme est conçu pour conférer au personnel de santé exerçant dans des situations d'urgence humanitaire les compétences de base nécessaires pour prendre en charge les agressions sexuelles et la VPI.

Les participants apprendront à dispenser des soins cliniques centrés sur les personnes survivantes, y compris un soutien de première ligne au moyen de l'approche VIVRE (Vraiment écouter, s'Informer sur les besoins et les préoccupations, Valider, Renforcer la sécurité et l'Entourage), et à référer les personnes vers d'autres services qui ne peuvent pas être fournis sur place. Les participants apprendront à s'interroger sur leurs propres attitudes et à comprendre les expériences des personnes survivantes. Les participants auront également l'occasion de réfléchir à la manière de mettre en œuvre l'ensemble minimum de services de santé fondé sur des données probantes à l'intention des survivant(e)s de la VBG dans le cadre d'une situation d'urgence humanitaire.

Le programme complète d'autres ressources visant à renforcer la lutte du système de santé contre la VBG en période de stabilité relative.

Le contenu de ce programme de formation est principalement tiré des Directives sur la prise en charge clinique des survivantes de viol et de violence exercée par un partenaire intime (PECV/VPI), énumérées ci-contre. Dans certains cas, lorsque les informations ou les outils proviennent du document de 2014 de l'OMS intitulé *Soins de santé pour les femmes victimes d'actes de violence commis par un partenaire intime ou d'actes de violence sexuelle : Manuel clinique* (disponible à l'adresse suivante : [https://iris.who.](https://iris.who.int/handle/10665/204236)

[int/handle/10665/204236](https://iris.who.int/handle/10665/204236) ; ci-après « Manuel clinique ») et ne sont pas inclus dans les Directives sur la PECV/VPI, le présent manuel citera le Manuel clinique comme source. Le contenu des directives cliniques de ces deux sources est identique. Les facilitateurs sont encouragés à fournir aux participants les Directives sur la PECV/VPI ainsi que le Manuel clinique en tant que lecture obligatoire, avant ou pendant la formation.

Orientations normatives sur la prise en charge clinique de la VBG

- Le Standard SPHERE 2.3.2 de 2018 : violence sexuelle et prise en charge clinique du viol, pages 377 à 379, dans : *Le manuel Sphère : La charte humanitaire et les standards minimums de l'intervention humanitaire, quatrième édition*. Genève (Suisse), Association Sphère, 2018 (<https://www.spherestandards.org/fr/manuel-2018/>).
- Organisation mondiale de la Santé, Fonds des Nations unies pour la population, Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés. *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 (Suisse), OMS, 2020 (<https://iris.who.int/handle/10665/354572>) (ci-après « Directives sur la PECV/VPI »).
- Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situation de crise (IAWG), Objectif 2 : Prévenir la violence sexuelle et répondre aux besoins des survivant(e)s. Dans : *Le dispositif minimum d'urgence pour la santé sexuelle et reproductive* (<https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/MISP-French-web.pdf>) (ci-après « DMU pour la SSR »).
- *Directives de l'IASC pour l'intégration d'interventions ciblant la violence basée sur le genre dans l'action humanitaire : Réduction des risques, promotion de la résilience et aide au relèvement*. New York (États-Unis), IASC, 2015 (https://gbvguidelines.org/wp/wp-content/uploads/2016/03/2015-IASC-Directrices-VBG_version-francaise.pdf).

À qui s'adresse cette formation ?

Cette formation s'adresse au personnel de santé en exercice qui dispense des soins dans des situations d'urgence humanitaire. La formation est conçue pour mobiliser les capacités des participants à mener une réflexion critique et à appliquer le contenu au contexte local ainsi qu'à la structure de prestation de services concernée. Idéalement, cette formation devrait être mise en œuvre avec des groupes de différents types d'agents de santé (médecins, personnel infirmier, sages-femmes et maïeuticiens, praticiens paramédicaux, travailleurs sociaux, conseillers et psychologues cliniciens¹) qui feront partie de l'équipe ou des équipes d'intervention desservant une même zone géographique. En suivant la formation ensemble, les agents de santé peuvent apprendre à communiquer et à travailler en équipe plus efficacement pour dispenser des soins.

Respecter les choix terminologiques des personnes survivantes

Conformément aux principes directeurs des soins centrés sur la personne survivante, le personnel de santé doit être encouragé à reprendre et à employer la terminologie privilégiée et utilisée par la personne prise en charge dans le cadre de la prestation de services spécifiques.

Par exemple, si une femme qui a été violée par un partenaire intime n'utilise pas le terme « viol » et dit plutôt qu'elle a eu des relations sexuelles brutales et non consenties, les prestataires de soins de santé doivent également employer cette terminologie. Ils devraient être encouragés à demander à la personne survivante quelle est sa préférence en matière de terminologie pour décrire toute déficience de capacité si celle-ci n'est pas évidente lors de la présentation et de la divulgation initiales de la personne. Ces questions doivent toujours être posées de manière concise et directe, sans porter de jugement.

L'importance de la terminologie

Ce module de formation est axé sur la PECV/VPI dans les situations d'urgence humanitaire.

La VBG est un terme générique qui couvre le viol, la VPI et la violence sexuelle, ainsi que d'autres formes de violence perpétrées en raison et au moyen des relations de pouvoir déséquilibrées entre les hommes et les femmes. Bien que les premières séances de cette formation fournissent des informations sur les facteurs, la prévalence et les conséquences de la VBG dans son ensemble, ce programme porte spécifiquement sur la prise en charge clinique des personnes survivantes d'agressions sexuelles, en particulier de viol, et de VPI dans les situations d'urgence humanitaire.

Ce programme de formation emploie le terme **personne survivante** plutôt que celui de « victime » pour indiquer que la personne qui a subi des violences dispose d'une capacité d'action, d'autonomie et de pouvoir, ainsi que pour atténuer la stigmatisation. Dans de nombreuses séances, le terme « personne survivante » est également utilisé pour refléter le fait que des personnes de toutes les identités de genre peuvent avoir besoin d'un soutien de première ligne et d'une PECV.

Le terme **violence sexuelle** désigne tout acte sexuel, tentative d'obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances non désirés de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans n'importe quel contexte. Il comprend le fait de forcer des personnes à avoir des rapports sexuels ou à accomplir des actes sexuels contre leur gré, de les blesser pendant les rapports sexuels (par exemple, strangulation ou rapports sexuels brutaux) ou de les forcer à avoir des rapports sexuels sans protection contre la grossesse ou une infection².

La violence sexuelle comprend le **viol**, qui se définit comme un acte de pénétration non consentie, même légère, de la vulve, de la bouche ou de l'anus, au moyen du pénis, d'autres parties du corps ou d'un objet. La tentative de commettre cet acte est connue sous le nom de « tentative de viol ». Le terme **agression sexuelle** est souvent utilisé de manière interchangeable avec le viol et la tentative de viol, en reconnaissance du fait que le viol est un terme juridique. Dans de nombreux contextes, la définition légale du viol est plus étroite que la définition clinique et peut exclure certains actes (par exemple, les rapports sexuels forcés entre hommes, les rapports anaux, la pénétration orale, la pénétration avec des doigts ou des objets).

Ces actes restent cliniquement pertinents et nécessitent toujours une évaluation et un traitement.

Le personnel de santé exerçant dans les situations d'urgence humanitaire doit en outre noter que, en fonction des actes de violence sexuelle subis, la personne survivante n'aura pas nécessairement besoin de certaines interventions cliniques, telles que la contraception d'urgence, mais qu'elle aura néanmoins besoin d'un soutien de première ligne. Les actes entrant dans cette catégorie peuvent inclure les attouchements, le fait d'être forcé(e) à regarder de la pornographie ou à se masturber, de se faire éjaculer dessus ou d'être forcé(e) à se déshabiller.

La VPI fait référence à la violence exercée par un partenaire intime actuel ou un ancien partenaire. La VPI peut inclure la violence physique, la violence psychologique et la violence sexuelle.

- 1 « Classifying health workers: mapping occupations to the international standard classification ». OMS, Genève (Suisse), 2019 (<https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-workforce/dek/classifying-health-workers.pdf>)
- 2 *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*. OMS, Genève (Suisse), 2013 (<https://iris.who.int/handle/10665/85240>).

Enfants et adolescents – dans ce programme de formation, des considérations particulières relatives aux enfants et aux adolescents couvrent les personnes survivantes âgées de moins de 17 ans. Parallèlement, les directives relatives au traitement clinique et les aide-mémoires relatifs aux adultes couvrent les patients âgés de 15 ans et plus. Nous reconnaissons que, selon les juridictions, l'âge du consentement sexuel et l'âge auquel les enfants peuvent donner leur consentement éclairé à des procédures médicales varient, de même que l'âge auquel une personne est légalement considérée comme un enfant. Par conséquent, il est important que dans chaque contexte, dans le cadre de l'adaptation de ce contenu, les facilitateurs discutent avec le personnel de santé local et les responsables de la santé des procédures applicables, notamment en ce qui concerne les obligations légales et l'implication des parents et des personnes s'occupant de l'enfant. En outre, les facilitateurs devront former les agents de santé à adapter le contenu en fonction de l'évolution des capacités et de la maturité cognitive des enfants et des adolescents. Dans de nombreux contextes, les adolescentes mariées (15 à 19 ans) sont traitées comme des femmes adultes lorsqu'elles ont besoin de soins de santé.

Formation axée sur les compétences

La présente formation est axée sur les compétences. Elle permet aux participants d'acquérir les connaissances et les compétences nécessaires pour fournir des soins complets et de qualité pendant une situation de crise et au cours de la période de relèvement – dans des contextes où les services de santé habituels peuvent être perturbés ou inaccessibles en raison de déplacements de population, ou dans les contextes de réfugiés. Chaque séance porte sur des aptitudes et des compétences différentes, qui sont définies au début de la séance. L'acquisition des compétences est cumulative et elles contribuent toutes à quatre objectifs fondamentaux.

Objectifs principaux

1. Les participants comprennent que la violence sexuelle et la VPI constituent un problème de santé.
2. Les participants adoptent des comportements contribuant à la prestation de services sûrs et bienveillants et comprennent les valeurs associées.
3. Les participants démontrent des compétences cliniques adaptées à leur champ de pratique pour prendre en charge les agressions sexuelles et la VPI dans les situations d'urgence.
4. Les participants comprennent comment aider leurs patients à accéder aux services de santé mentale et de soutien psychosocial (SMSPS).

Les compétences englobent les capacités d'une personne à intégrer des connaissances, des aptitudes et des attitudes dans l'exécution de tâches dans un contexte donné. La formation axée sur les compétences englobe une approche de préparation [des agents de santé] à la pratique fondamentalement orientée vers des aptitudes visant à produire un résultat, organisée selon les compétences à acquérir. L'accent n'est pas mis sur le temps de formation, mais sur la redevabilité, la souplesse et la valorisation des apprenants³.

Dans cette formation, nous reconnaissons que les agents de santé peuvent avoir différents niveaux de compétence, d'expérience et de connaissance de la PECV/VPI. S'agissant de ceux qui n'ont pas de connaissances préalables ou dont les connaissances sont limitées, il peut être souhaitable de leur consacrer plus de temps pour s'assurer qu'ils ont acquis les compétences nécessaires pour prendre en charge des personnes survivantes. D'autre part, dans les contextes aux ressources limitées, y compris en situation de crise, il n'est pas toujours possible de faire participer le personnel de santé à de longues formations.

Par conséquent, lors de la mise en œuvre de cette formation, l'accent doit être mis sur la capacité des participants à acquérir les compétences de base, comme indiqué dans chaque séance, en fonction de leur champ et contexte de pratique. Certaines catégories de personnel de santé – ceux qui ne sont pas habilités à procéder à un examen physique ou à fournir un traitement médical (par exemple, les travailleurs sociaux, les psychologues cliniciens) – ne devraient pas assister aux séances 8 à 11.

Les compétences fondées sur les connaissances peuvent également être acquises au moyen de l'apprentissage autonome et de méthodes d'apprentissage en ligne telles que le *Programme iLearn sur la prise en charge clinique des survivantes de viol et de violence exercée par un partenaire intime*⁴. Les compétences fondées sur les aptitudes peuvent nécessiter une pratique répétée, interactive, en présentiel et supervisée.

Il est important de reconnaître que l'on ne peut pas acquérir des compétences au moyen d'une formation ponctuelle, et que d'autres approches, telles que les cours de remise à niveau, le mentorat clinique, la supervision constructive et l'utilisation d'aide-mémoire, permettent toutes d'améliorer les performances du personnel de santé et la qualité des soins.

Les facilitateurs doivent évaluer l'acquisition des compétences par les participants tout au long de la formation, et procéder à des évaluations après la formation en utilisant différentes approches. Les méthodes d'évaluation peuvent inclure l'observation d'exercices de jeux de rôle et l'examen de dossiers de patients. La séance 14 propose

3 *Global competency and outcomes framework for universal health coverage*. OMS, Genève (Suisse), 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/352711>). Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

4 « *Prise en charge clinique des survivantes de viol et de violence exercée par un partenaire intime – Programme iLearn* ». OMS, Genève (Suisse), 2021 (<https://healthcluster.who.int/newsroom/news/item/01-07-2021-clinical-management-of-rape-and-intimate-partner-violence-survivors-ilearn-course>).

une liste de contrôle que les facilitateurs peuvent utiliser pour réaliser une évaluation continue des compétences au cours de la formation. Ils peuvent également effectuer une évaluation préalable à la formation.

L'apprentissage est un processus continu. Les participants sont encouragés à rechercher des possibilités de mentorat clinique, de formation continue et de supervision constructive après la formation initiale. Ils doivent également s'appuyer sur les aide-mémoires pour renforcer leurs connaissances. La supervision constructive revêt une importance particulière lorsqu'il est demandé aux agents de santé de fournir des soins qui ne relèvent pas de leur domaine de spécialité. Dans un contexte humanitaire, cet aspect est crucial, car les agents de santé seront très probablement amenés à dispenser des soins cliniques ne relevant pas de leur spécialité, en raison des circonstances.

Si la supervision constructive est essentielle pour tous les aspects de la prise en charge clinique, elle est particulièrement importante lorsqu'il est demandé au personnel de santé de première ligne de fournir aux personnes survivantes des services de SMSPS. La supervision peut être assurée à distance ou de manière virtuelle.

Planification des horaires

Ce programme est conçu en vue d'une mise en œuvre flexible. Compte tenu de la diversité des contextes qui donnent lieu à des situations d'urgence humanitaire (et dans lesquels les situations d'urgence se déroulent), ce programme de formation propose des moyens d'étayer ou de raccourcir chaque séance, ainsi que de réduire le nombre d'exercices participatifs à réaliser au cours d'une séance donnée.

La formation à ces compétences de base peut se dérouler sur plusieurs jours consécutifs ou sur plusieurs semaines dans le cadre de séances périodiques (par exemple, au moyen de séances courtes très fréquentes).

Sur le terrain, les formations à la PECV/VPI se sont déroulées sur une période de 18 à 30 heures, en fonction de la faisabilité et des ressources. Il est important de noter qu'une formation inférieure à 12 heures ne permet pas une pratique clinique suffisante pour constituer une formation axée sur les compétences, même si elle peut sensibiliser au problème et fournir des connaissances sur les mesures à prendre.

Des exemples de programmes et d'emplois du temps figurent à l'[annexe 1](#). Ils ne sont donnés qu'à titre d'inspiration. Les programmes et les emplois du temps définitifs doivent refléter les pratiques locales concernant les repas, les pauses et les besoins des participants s'agissant de leurs autres responsabilités professionnelles et personnelles, ainsi que les considérations de sécurité. Ils doivent également tenir compte des adaptations contextuelles, ainsi que de l'expérience et du champ de pratique des participants. Les agents de santé qui interviennent activement en situation de crise tout en suivant cette formation sont extrêmement sollicités. Il est donc primordial de prendre en compte leurs besoins.

Adaptation au contexte

Toutes les crises sont différentes. Ce programme de formation fournit un contenu minimum, des compétences de base, des informations et des ressources standard, ainsi qu'un éventail d'exercices pour mettre les compétences en pratique. Toutefois, il est essentiel que les responsables de la mise en œuvre prennent le temps de l'adapter au contexte local.

Cette formation a été conçue sous la forme d'un programme cumulatif, les exercices et les études de cas s'appuyant les uns sur les autres. Une attention particulière doit toujours être accordée à l'espacement et à la transmission du contenu, afin de s'assurer que les participants mettent en pratique et maîtrisent les nouvelles compétences avant d'en acquérir d'autres. Lorsque vous adaptez votre programme de formation aux besoins et au contexte locaux, veillez à ce que l'ordre des séances reste le même.

Des adaptations peuvent s'avérer nécessaires pour toutes sortes de raisons. Par exemple, lors de la phase aiguë d'une situation d'urgence, il peut être nécessaire de proposer une version de ce programme prévoyant des séances courtes fréquentes afin de prendre en compte la charge de travail accrue du personnel de santé.

Dans les contextes où le système des groupes sectoriels a été activé, il est important de mobiliser le groupe sectoriel sur la santé (cluster Santé) ou le groupe de travail sur la SSR, s'il a été mis en place, ainsi que le groupe sectoriel sur la protection (cluster Protection) et le sous-groupe sur la VBG lors du processus d'adaptation au contexte et de diffusion de contenu sur les mécanismes et les dispositifs de référencement.

En cas de crise prolongée, il est possible d'intégrer des informations supplémentaires sur les services de référencement à moyen et à long termes. Les crises prolongées justifient également des efforts supplémentaires pour renforcer les capacités institutionnelles, notamment des systèmes de santé et des organisations locales, en vue d'une intervention durable en matière de PECV/VPI.

Parmi d'autres exemples d'adaptation, citons le fait d'adapter la formation aux besoins et aux contraintes du personnel de santé travaillant dans des établissements de soins de santé primaires ou tertiaires, ainsi qu'aux directives nationales relatives à la prestation de services, aux exigences en matière de signalement obligatoire, etc.

Lorsque les agents de santé interviennent dans un contexte multilingue, il peut être important de prévoir une formation multilingue ou d'inclure des interprètes médicaux dans la formation à la PECV/VPI, afin de garantir des soins centrés sur les personnes survivantes dans des contextes où les patients et le personnel de santé ne parlent pas la même langue.

Dans l'idéal, la formation devrait être dispensée dans la langue des participants. Si cela est impossible, il convient de prévoir du temps supplémentaire pour la traduction et pour que les participants puissent mettre en pratique leurs compétences de conseil et d'enquête dans leur langue maternelle.

Au minimum, il est nécessaire de s'assurer que le contenu est adapté au contexte de pratique des participants. La séance 5, en particulier, englobe beaucoup de contenu devant être adapté aux circonstances, lois et réglementations locales. La séance 14 est une séance de clôture, fondée sur des méthodologies de simulation clinique. Les options proposées aux facilitateurs permettent de dispenser cette séance à l'aide de mannequins de simulation ou de volontaires en utilisant des accessoires tels que des photos collées.

Apprentissage centré sur les participants

Ce programme utilise une approche d'enseignement et d'apprentissage active, collaborative et axée sur l'enquête. Également appelé « éducation centrée sur les participants », l'apprentissage centré sur les participants renvoie à l'idée que les apprenants sont des participants actifs. L'apprentissage centré sur les participants favorise la participation active des apprenants dans la mesure du possible, au lieu de s'appuyer uniquement sur les facilitateurs.

Les organismes, gouvernements et organisations intéressés par ce programme de formation sont encouragés à utiliser la note d'orientation sur la formation des formateurs ([annexe 2](#)) pour préparer une cohorte de facilitateurs qualifiés. Des facilitateurs formés ayant une expérience préalable de la PECV/VPI doivent être présents lors de toutes les séances de formation en direct ou en présentiel.

Lorsque les contraintes en matière de ressources l'exigent, un facilitateur moins expérimenté peut être associé à un formateur plus expérimenté.

Vers des soins inclusifs et respectueux

L'OMS, le Comité permanent interorganisations (IASC) et les Nations Unies reconnaissent tous l'importance de services inclusifs et équitables. Ce programme est conforme aux principes directeurs de l'OMS relatifs à l'équité en matière de santé, à l'inclusion des personnes handicapées, à l'égalité des genres et aux droits humains :

- **Formation fondée sur des données probantes** – ce programme s'appuie sur les données probantes disponibles pour définir les priorités en matière de services et de traitement dans les situations d'urgence. Lorsque les données sur les traitements optimaux ou les lignes directrices relatives à la prestation de services pour des groupes de parties prenantes particuliers sont globalement peu nombreuses, des orientations sont présentées pour les populations les plus fréquemment touchées par les agressions sexuelles et la VPI, à savoir les femmes et les filles en âge de procréer.
- **Soins centrés sur les personnes survivantes** – les exercices pratiques proposés visent à renforcer les compétences du personnel de santé en matière de soins centrés sur les personnes survivantes.

- Principe visant à ne laisser personne de côté – ce principe consiste à déployer des efforts pour atteindre les populations confrontées à des formes multiples et croisées de discrimination, et donc exposées de manière disproportionnée au risque de violence, et de répondre à leurs besoins spécifiques. Il s'agit notamment des personnes handicapées, des minorités ethniques, des enfants et des adolescents, ainsi que des personnes ayant une identité de genre diverse.
- **Principe visant à ne pas nuire** – chaque recommandation et compétence présentée dans cette formation a été élaborée en tenant compte de ce principe fondamental applicable à tous les soins de santé et tous les services proposés aux personnes survivantes d'agressions sexuelles et de VPI. Au minimum, la formation doit insister sur le fait que le personnel de santé doit s'efforcer de ne pas nuire et de donner la priorité à la sécurité des personnes survivantes.

Intervenants externes et personnes ressources

Cette formation peut être améliorée en faisant appel à des intervenants extérieurs ou à des personnes ressources issus d'autres secteurs. Les intervenants externes peuvent apporter des éclaircissements sur des sujets qui dépassent l'expertise des facilitateurs principaux. Avec les intervenants externes, passez en revue les objectifs d'apprentissage de la séance à laquelle ils contribueront.

Par exemple, vous pouvez inviter :

- un(e) spécialiste juridique pour parler des lois relatives à la violence sexuelle et à la VPI, et des obligations légales du personnel de santé (voir la séance 5) ;
- un(e) spécialiste en santé mentale pour fournir des conseils supplémentaires et donner aux participants la possibilité de poser des questions sur les soins de santé mentale (séance 12) ;
- un(e) représentant(e) d'une organisation de la société civile qui gère des espaces sûrs ou fournit un soutien en matière d'accès aux moyens de subsistance aux femmes et aux filles de la (ou des) communauté(s), afin de parler des services de soutien disponibles ;
- de hauts responsables politiques ou des responsables de la santé pour démontrer l'engagement à lutter contre les agressions sexuelles et la VPI dans le cadre de l'action humanitaire globale ;
- un(e) membre du groupe de travail sur la SSR (s'il est en place), du cluster Santé, du sous-groupe sur la VBG ou de l'équipe locale de préparation aux situations d'urgence.

Le tableau 1 présente une vue d'ensemble de la formation.

Tableau 1. Vue d'ensemble de la formation : objectifs et compétences cibles, par séance

Séance n°	Titre, objectifs et compétences
1	Appréhender la violence sexuelle et la VPI en tant que problème de santé publique <i>Objectif 1 :</i> Acquérir des connaissances générales sur la violence sexuelle et la VPI en tant que problème de santé publique. <i>Compétences :</i> - Connaître l'épidémiologie des différentes formes de VBG aux niveaux mondial et local, y compris dans les contextes humanitaires. - Connaître les conséquences de la violence sexuelle et de la VPI sur la santé de différentes populations. - Comprendre le rôle et les limites des agents de santé dans la prise en charge des agressions sexuelles et de la VPI dans les situations d'urgence humanitaire, et connaître les services essentiels minimaux de prise en charge de la violence sexuelle qui font partie du dispositif minimum d'urgence (DMU) pour la santé sexuelle et reproductive (SSR).
2	Améliorer la sensibilisation et la compréhension de l'expérience des personnes survivantes <i>Objectif 2 :</i> Adopter des comportements contribuant à la prestation de services sûrs et bienveillants, et comprendre les valeurs associées. <i>Compétences :</i> - Prendre conscience de ses propres croyances, hypothèses, préjugés possibles et réactions émotionnelles, qui peuvent influencer sur les interactions avec les personnes survivantes. - Comprendre les circonstances et les obstacles auxquels les personnes survivantes sont confrontées dans leur recherche d'aide. - Reconnaître l'importance de l'empathie envers les personnes survivantes.
3	Principes directeurs de la prise en charge clinique des agressions sexuelles et de la VPI dans les situations d'urgence <i>Objectif 2 :</i> Adopter des comportements contribuant à la prestation de services sûrs et bienveillants, et comprendre les valeurs associées. <i>Compétences :</i> - Connaître les principes directeurs de la prestation de soins centrés sur les personnes survivantes et les appliquer d'une manière culturellement appropriée. - Comprendre la mise en pratique des principes directeurs dans les soins centrés sur les personnes survivantes. - Comprendre la contribution du soutien de première ligne (ou de l'approche VIVRE) aux soins centrés sur les personnes survivantes.
4	Compétences du personnel de santé pour la communication avec les personnes survivantes <i>Objectif 2 :</i> Adopter des comportements contribuant à la prestation de services sûrs et bienveillants, et comprendre les valeurs associées. <i>Compétences :</i> - Communiquer avec empathie et efficacité avec les patients et les personnes survivantes. - Comprendre l'influence de la discrimination subie par les personnes survivantes (fondée sur la langue, l'appartenance ethnique et/ou l'identité de genre, entre autres) sur leur accès aux soins et leur expérience en la matière.
5	Connaître le contexte <i>Objectif 4 :</i> Savoir accéder aux ressources et au soutien pour les patients et pour soi-même. <i>Compétences :</i> - Comprendre le rôle des services de référencement dans la prise en charge des personnes survivantes d'agressions sexuelles et de VPI. - Connaître le contexte juridique et politique, y compris les obligations légales du personnel de santé.

Séance n°	Titre, objectifs et compétences
6	Identifier et prendre en charge la VPI Objectif 3 : Démontrer des compétences cliniques adaptées au champ de pratique pour prendre en charge les agressions sexuelles et la VPI. Compétences : - Comprendre les exigences minimales à respecter pour que le personnel de santé soit en mesure d'identifier la VPI et de la prendre en charge de manière appropriée. - Reconnaître les signes et les symptômes de VPI dans diverses situations de soins, y compris lors des consultations de santé reproductive et de santé mentale. - Poser des questions appropriées sur la VPI.
7	Soutien de première ligne avec l'approche VIV(RE), partie 1 : Vraiment écouter, s'Informer, Valider Objectif 3 : Démontrer des compétences cliniques adaptées au champ de pratique pour prendre en charge les agressions sexuelles et la VPI. Compétences : - Connaître le contenu du soutien de première ligne (VIVRE). - Démontrer des compétences pour mettre en oeuvre les trois premiers éléments (vraiment écouter, s'informer sur les besoins et les préoccupations, et valider) du soutien de première ligne aux personnes survivantes qui divulguent des abus.
8	Soutien de première ligne avec l'approche (VIV)RE, partie 2 : Renforcer la sécurité et l'Entourage Objectif 3 : Démontrer des compétences cliniques adaptées au champ de pratique pour prendre en charge les agressions sexuelles et la VPI. Objectif 4 : Savoir accéder aux ressources et au soutien pour les patients et pour soi-même. Compétences : - Démontrer les compétences nécessaires pour évaluer les risques immédiats et les conditions de sécurité, et pour appuyer la planification de la sécurité, y compris pour les enfants et les adolescents ayant survécu à des abus sexuels. - Connaître les ressources disponibles au sein de la communauté et dans le cadre d'une intervention humanitaire coordonnée. - Savoir collaborer avec les partenaires pour aider les personnes survivantes à accéder à d'autres services et les référer. - Démontrer les compétences nécessaires pour fournir des services de référencement bienveillants, dans la mesure du possible.
9	Prise en charge clinique des personnes survivantes d'agressions sexuelles, partie 1 : consentement éclairé et anamnèse Objectif 3 : Démontrer des compétences cliniques adaptées au champ de pratique pour prendre en charge les agressions sexuelles et la VPI. Compétences : - Comprendre le processus de consentement éclairé en quatre étapes. - Démontrer les compétences nécessaires pour recueillir les antécédents médicaux, y compris ceux d'enfants ou d'adolescents ayant survécu à des abus sexuels.
10	Prise en charge clinique des personnes survivantes d'agressions sexuelles, partie 2 : examen physique et documentation Objectif 3 : Démontrer des compétences cliniques adaptées au champ de pratique pour prendre en charge les agressions sexuelles et la VPI. Compétences : - Savoir procéder à l'examen d'une femme ou d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle, en tenant compte des considérations particulières liées aux différents groupes d'âge. - Savoir documenter une agression sexuelle de manière sûre et confidentielle.

Séance n°	Titre, objectifs et compétences
11	Prise en charge clinique des personnes survivantes d'agressions sexuelles, partie 3 : traitement et soins <i>Objectif 3 :</i> Démontrer des compétences cliniques adaptées au champ de pratique pour prendre en charge les agressions sexuelles et la VPI. <i>Compétence :</i> Savoir fournir un traitement/des soins appropriés aux personnes survivantes d'agressions sexuelles, y compris aux enfants et aux adolescents.
12	Santé mentale et soutien psychosocial (SMSPS) <i>Objectif 3 :</i> Démontrer des compétences cliniques adaptées au champ de pratique pour prendre en charge les agressions sexuelles et la VPI. <i>Objectif 4 :</i> Savoir accéder aux ressources et au soutien pour les patients et pour soi-même. <i>Compétences :</i> - Savoir fournir des services de base de SMSPS. - Savoir où référer les patients nécessitant une prise en charge en matière de SMSPS.
13	Équilibre émotionnel et prévention de l'épuisement professionnel <i>Objectif 4 :</i> Savoir accéder aux ressources et au soutien pour les patients et pour soi-même. <i>Compétences :</i> - Savoir comment protéger son équilibre émotionnel dans un contexte de crise. - Savoir comment soutenir les collègues agents de santé qui peuvent être confrontés à des traumatismes indirects en travaillant avec des personnes survivantes, ou à un stress lié à la situation d'urgence dans leur vie personnelle.
14	Simulation clinique <i>Objectif 2 :</i> Adopter des comportements contribuant à la prestation de services sûrs et bienveillants, et comprendre les valeurs associées. <i>Objectif 3 :</i> Démontrer des compétences cliniques adaptées au champ de pratique pour prendre en charge les agressions sexuelles et la VPI. <i>Compétences :</i> - Faire preuve d'un bon jugement clinique pour répondre aux souhaits et aux besoins des personnes survivantes. - Comprendre les limites des services offerts aux survivant(e)s dans des contextes spécifiques.
15	Examen médico-légal (facultatif) <i>Objectif 3 :</i> Démontrer des compétences cliniques adaptées au champ de pratique pour prendre en charge les agressions sexuelles et la VPI. <i>Compétence :</i> Savoir quand et comment recueillir des preuves médico-légales.
16	Conclusion

Pour commencer

Le présent manuel du facilitateur fournit des indications sur la manière la plus efficace de mettre en œuvre ce programme de formation. Voici quelques conseils pour vous aider à démarrer.

- Suivez le manuel. Ce programme a été élaboré avec l'aide de spécialistes et de formateurs, et a été mis à l'essai auprès d'agents de santé intervenant dans des situations de crise humanitaire. Il a été élaboré à destination de facilitateurs spécialistes disposant de connaissances variables en matière de VBG, ainsi que de spécialistes de la VBG disposant de compétences variables en matière de facilitation. Les personnes jouissant d'une longue expérience en matière de facilitation de formations sur la violence sexuelle et la VPI, ainsi que sur les interventions sanitaires dans les situations d'urgence humanitaire, seront en mesure de fournir des exemples et des informations complémentaires aux participants.
- Avant de mettre en œuvre cette formation ou si vous préparez des facilitateurs relativement inexpérimentés à dispenser ce programme, veuillez lire les annexes du présent manuel. [L'annexe 3](#) contient des conseils généraux sur la formation et le travail de facilitation. [L'annexe 4](#) contient des informations particulièrement importantes sur la facilitation des jeux de rôle.
- Des remarques sur la mise en œuvre et des conseils de facilitation à l'attention des formateurs sont inclus dans chaque séance. Ils visent à favoriser un apprentissage actif, centré sur les participants.
- Des notes de présentation accompagnent nombre des diapositives et contiennent des informations supplémentaires que les facilitateurs peuvent transmettre.
- Les séances sont ordonnées de manière à passer systématiquement de la compréhension du problème à l'acquisition progressive des connaissances et des compétences nécessaires à la prise en charge clinique. Cette structure permet d'approfondir et de renforcer l'application des connaissances et des compétences acquises lors des séances précédentes.
- Les séances sont structurées de manière à ce que les facilitateurs puissent :
 - » transmettre le contenu et les informations clés de manière claire et concise ;
 - » favoriser un apprentissage participatif grâce à une série de méthodes interactives (par exemple, jeux de rôle, études de cas, jeux) ;
 - » inciter les participants à réfléchir de manière critique aux enseignements clés dans le cadre de discussions encadrées ;
 - » résumer les messages clés de chaque séance.

Qui doit faciliter la formation ?

Les personnes les mieux à même de dispenser cette formation présenteront une combinaison des caractéristiques suivantes :

- disposer d'une formation clinique (médecins, personnel infirmier, sages-femmes et maïeuticiens, travailleurs sociaux, conseillers, psychologues). Cet aspect est nécessaire pour faciliter les séances 8 à 11 et 15 ;
- disposer d'une expérience en matière de prise en charge médicale de la violence sexuelle et de la VPI ;
- avoir déjà travaillé dans le cadre de situations d'urgence humanitaire ;
- disposer d'une expérience en matière de formation, y compris l'animation de discussions interactives et la formulation de retours d'information constructifs.

Nombre de facilitateurs

Cette formation nécessite au moins deux facilitateurs. Pour les groupes de participants plus importants, il est recommandé de faire appel à des facilitateurs supplémentaires.

Les facilitateurs doivent alterner entre les rôles de facilitateur principal et de facilitateur auxiliaire d'une séance à une autre, afin de minimiser la fatigue et d'exposer les participants à différents styles de présentation. Les rôles sont décrits ci-dessous.

Dans la mesure du possible, au moins l'un des facilitateurs doit jouer d'une solide expérience en matière de formation et de facilitation.

Rôle du facilitateur principal

- Présenter le contenu et animer la discussion.
- Circulez dans la salle pendant le travail en groupes pour surveiller l'activité et fournir des retours d'information.

Rôle du facilitateur auxiliaire

- Surveiller l'heure.
- Faire circuler le microphone entre les participants si nécessaire.
- Distribuer des exemples de cas ou des documents écrits selon les besoins.
- Identifier les questions au sein du groupe.
- Apporter un autre point de vue sur les questions soulevées par le groupe.
- Circulez dans la salle pendant le travail en groupes pour surveiller l'activité et fournir des retours d'information.

Préparation de la formation

La liste de contrôle présentée dans le tableau 2 peut vous être utile pour préparer la formation.

Tableau 2. Liste de contrôle pour la préparation

Connaître ses apprenants	• Se renseigner sur les participants. Renseignez-vous sur leurs antécédents et leurs responsabilités professionnelles actuelles et, s'ils sont membres d'une équipe, sur leur rôle au sein de l'équipe. • Déterminer leur niveau d'expérience et toute formation antérieure qu'ils ont pu recevoir. Cela vaut aussi bien pour leur expérience spécifique en matière de prise en charge des cas d'agression sexuelle et de VPI que pour leur expérience générale en matière de pratique clinique. Si vous formez des personnes fraîchement diplômées, vous devrez peut-être allonger la durée des séances pour couvrir de manière adéquate des concepts et des compétences cliniques de base. • Avoir conscience que certains aspects du contenu peuvent troubler certains participants (voir les conseils à l'annexe 3).
Espace, fournitures et matériel	• Espace de rencontre et matériel. Si possible, trouvez un espace où vous pouvez utiliser du matériel tel que des outils audiovisuels. Le matériel peut comprendre : » un ordinateur ; » un projecteur ; » un tableau blanc ; » un microphone avec haut-parleurs/système audio adéquats si la taille de la salle l'exige. • Prévoir un espace de repli. Mettez à disposition une salle ou un autre espace où les participants peuvent se retirer s'ils ressentent de la détresse émotionnelle pendant la formation et souhaitent quitter la salle de formation principale. Les facilitateurs peuvent utiliser cet espace pour apporter un soutien pratique et émotionnel aux participants en privé. • Se préparer. Aménagez la salle de formation avant le début de la séance et vérifiez l'ensemble du matériel. Prévoyez du matériel de secours tel qu'un petit générateur, des batteries supplémentaires ou un abri de secours en cas d'intempéries, si nécessaire. • Mettre à disposition des tables. Aménagez la salle avec des tables pouvant accueillir de petits groupes (5 à 7 personnes) pour encourager au maximum la participation et la discussion. N'agencez pas la salle à la manière d'un cours magistral avec des rangées de chaises. • Prévoir un espace libre pour les exercices de groupe. Plusieurs exercices de cette formation exigent que tous les participants se déplacent en même temps. Vous aurez donc besoin d'un espace libre à l'avant ou à l'arrière de votre salle pour réaliser ces exercices.
Définir un programme, inviter des intervenants externes	• Définir un programme. Le tableau 1 présente l'ordre des séances, mais le programme peut être modifié en fonction du temps disponible, du type de participants, de l'expérience des participants et des activités supplémentaires que vous avez l'intention de réaliser. • Prévoir des plages horaires suffisantes. Si vous devez modifier le programme proposé, consultez le manuel du facilitateur pour vous assurer que le temps consacré aux discussions, aux exercices, aux activités de détente et aux pauses est suffisant. • Inviter des intervenants externes. Déterminez si, quand et comment les intervenants seront inclus en tant que présentateurs ou apprenants. • Délivrance de certificats ? Décidez si des certificats d'achèvement seront délivrés. Voir la section relative à la distribution ou à la cérémonie de remise des certificats (annexe 5).
Préparation du facilitateur	• Ressources. En amont de la formation, passez en revue toutes les ressources, y compris le manuel du facilitateur (le présent document), les ressources pour les facilitateurs (annexe A en ligne), les aide-mémoires pour les participants (annexe B en ligne) et les diapositives de présentation. Pour chaque séance, le manuel du facilitateur présente les points clés à aborder. Des questions et des questions d'approfondissement en vue d'une discussion semi-structurée sont également fournies. Accordez une attention particulière aux instructions étape par étape pour chaque activité. • Rôles des facilitateurs. Examinez et définissez les rôles et les responsabilités pour chaque séance. • Rappels et conseils essentiels. Passez en revue les rappels essentiels (voir le tableau 3), les conseils pour une formation efficace (annexe 2) et les orientations relatives aux exercices de jeu de rôle (annexe 4).
Préparer le matériel et les fournitures	• Préparez les supports de lecture et les documents à distribuer aux participants (annexe 6). • Fournissez à l'avance le Manuel clinique et autres documents de référence. Préparez les documents à distribuer avant chaque séance. • Imprimez les supports de lecture et les documents à distribuer au format papier. Copiez sur des clés USB tous les fichiers à distribuer en version électronique. • Rassemblez les fournitures (annexe 7). Assurez-vous que vous disposez des fournitures nécessaires pour les exercices de la séance. Si vous devez vous déplacer pour dispenser cette formation, pensez aux fournitures que vous pourriez avoir besoin d'emporter.

Adapter la formation à votre contexte

- **Adaptez** les supports de formation au contexte local si nécessaire. Par exemple, les noms des personnages et des villes figurant sur les fiches narratives, dans les jeux de rôle et dans les supports visuels peuvent être adaptés. Plusieurs diapositives de présentation devront être mises à jour pour refléter les données ou les politiques locales. Les diapositives qui requièrent des modifications contextuelles sont signalées par un symbole d'avertissement ▲ dans les diapositives de présentation. Des conseils supplémentaires sont fournis dans le manuel du facilitateur. Si nécessaire, passez ces diapositives en revue et modifiez-les (exemples, données ou texte). Une fois les ajustements réalisés, supprimez l'icône.
- **Examinez la terminologie** figurant dans le manuel du facilitateur **et les diapositives** pour vous assurer que les termes sont adaptés au contexte local, et modifiez-les si nécessaire.
- **Examinez le contexte juridique et politique**, y compris les lois, les politiques et les protocoles relatifs à la violence sexuelle et à la VPI. Ceux-ci seront examinés lors de la séance 5. Plusieurs diapositives devront être mises à jour pour présenter les lois et les politiques applicables localement.
- **Dressez la carte des services de soutien** (utilisez le tableau de référencement figurant dans les aide-mémoires du Manuel clinique comme référence).
- **Identifiez au moins une ressource de soutien** à mentionner au début de la séance d'orientation, que les participants pourraient utiliser en cas de besoin pendant la formation.

Tableau 3. Rappels essentiels pour les personnes qui prennent en charge des personnes survivantes d'agressions sexuelles et de VPI

L'auto-détermination : le choix de la personne survivante occupe une place centrale

- Les préférences et les besoins des patients/personnes survivantes doivent orienter la prestation de tous les soins. Dans la mesure du possible, rappelez aux participants que nous faisons confiance à la personne survivante pour déterminer la meilleure façon de procéder dans sa situation. Chaque individu est unique et présente des besoins complexes et des considérations psychosociales qui lui sont propres.

Ne blâmez pas la personne survivante et reprenez les autres si vous les entendez le faire.

- Expliquez clairement que la violence n'est jamais la faute de la personne survivante.

Séances



Séance 0. Introduction et présentations

Préparation et informations générales	
Durée de la séance 	20 minutes (évaluation préalable à la formation). <i>Elle peut être réalisée à l'avance si le temps est limité.</i> 60 minutes (contenu principal)
Diapositives et exercices 	- Séance 0, diapositives 0.0 à 0.19 - Exercice 0.1 : Chapeau des peurs et chapeau des motivations
Fournitures et documents à distribuer 	- Copies des questionnaires à remplir par les participants avant et après la formation (facultatif). Imprimez à partir de l'annexe 8. - Tableau à feuilles mobiles ou grandes feuilles de papier - Deux chapeaux, bols ou paniers pour l'exercice - Notes autocollantes ou fiches et ruban adhésif - Stylos (nécessaires pour toutes les séances, ils ne seront donc pas mentionnés à chaque fois)
Contenu de la séance	
Évaluation préalable à la formation (facultative) (20 minutes) 	Remettez un questionnaire d'évaluation préalable à la formation à remplir par l'ensemble des participants, si cet outil est utilisé pour évaluer les résultats de la formation. Demandez aux participants d'utiliser des stylos noirs (et donnez-leur des stylos rouges ou verts lorsque vous passerez au questionnaire d'évaluation après la formation).
Présentations (10 minutes) 	Présentez-vous, ainsi que les autres facilitateurs et les personnes ressources, et décrivez brièvement vos différents parcours. Expliquez que la séance commencera par les présentations des participants et une brève discussion sur les objectifs d'apprentissage de la formation. Invitez les participants à former des binômes avec leurs voisins (diapositive 0.4). Demandez aux binômes de prendre 2 à 3 minutes pour se présenter à leur partenaire (c'est-à-dire donner leur nom, dire ce que ce nom signifie dans leur culture, et indiquer leur fonction dans les soins et leur affiliation institutionnelle). En plénière, en fonction du nombre de participants et du temps disponible, demandez à trois ou quatre binômes de présenter leur partenaire au reste du groupe (une minute par binôme). <i>Remarque : Même si les participants se connaissent déjà bien, cet exercice visant à faciliter les présentations est un moyen utile de briser la glace. Il permet également aux facilitateurs de se familiariser avec les participants. Il ne s'agit que d'un exemple, et nous vous encourageons à trouver d'autres façons créatives de faciliter la présentation des participants, en fonction de votre contexte.</i>

Présenter les objectifs d'apprentissage généraux de la formation (15 minutes)



- Expliquez aux participants l'importance de la prise en charge de la violence sexuelle et de la VPI dans les situations d'urgence humanitaire et pourquoi cette formation est importante, même s'ils travaillent déjà avec des personnes survivantes d'agressions sexuelles et de VPI dans le cadre de leurs activités habituelles (diapositives 0.5 à 0.12).

Messages clés :

- » En 2013, l'IASC s'est engagé, dans sa déclaration sur la « place centrale de la protection », à faire de la VBG l'une des principales problématiques de la politique de protection humanitaire⁵ (diapositive 0.5).
- » La prise en charge des besoins des personnes survivantes de violence sexuelle constitue un objectif central du DMU pour la SSR, au même titre que la garantie d'un accès continu aux services de santé maternelle et néonatale essentiels et/ou aux services de planification familiale et de contraception (diapositive 0.6).
- » Tous les acteurs intervenant dans les situations d'urgence humanitaire (quelle que soit la nature de la crise) ont l'obligation de renforcer la prévention et la lutte contre la VBG et d'en faire un élément central.
- » La fourniture de soins aux personnes survivantes d'agressions sexuelles et de VPI dans un contexte de crise, centrés sur les personnes survivantes et fondés sur leurs droits, présente des difficultés uniques et peut nécessiter des approches créatives.

Objectif 2.2 du DMU pour la SSR

Mettre à la disposition des personnes survivantes de violence sexuelle des soins cliniques et faciliter le référencement vers d'autres services de soutien

Objectif 2.3 du DMU pour la SSR

Créer des espaces confidentiels et sécurisés au sein des établissements de santé pour recevoir les personnes survivantes de violence sexuelle, leur dispenser des soins et les référer vers les services adaptés

- **Invitez les participants à lire le scénario présenté à la diapositive 0.11.** Prenez quelques minutes pour demander à deux ou trois personnes si ce scénario leur parle, et de réagir aux difficultés, aux questions et aux inquiétudes auxquels l'agent(e) de santé est confronté(e).
- **Faites de même pour le scénario à la diapositive 0.12.**

À l'issue de cette formation, les participants seront en mesure de démontrer les compétences et connaissances suivantes (diapositive 0.13) :

- Objectif 1 : Acquérir des connaissances générales sur la violence sexuelle et la VPI en tant que problème de santé publique.
- Objectif 2 : Adopter des comportements contribuant à la prestation de services sûrs et bienveillants, et comprendre les valeurs associées.
- Objectif 3 : Démontrer des compétences cliniques adaptées au champ de pratique pour prendre en charge les agressions sexuelles et la VPI.
- Objectif 4 : Savoir accéder aux ressources et au soutien pour les patients et pour soi-même en temps de crise.

⁵ Handbook for coordinating gender-based violence interventions in emergencies. Domaine de responsabilité de la VBG du Groupe mondial de la protection, 2019 (<https://www.globalprotectioncluster.org/publications/224/training-materials/handbook-manual/handbook-coordinating-gender-based-violence>).

**Présentation
du programme
et logistique
(10 minutes)**



Présentez le programme et le contenu de la formation. Affichez le tableau 1 ou la version modifiée de la formation que vous suivrez. Présentez brièvement l'enchaînement des thèmes des séances afin que les participants comprennent les objectifs.

Expliquez que le format de la formation est un mélange de cours magistraux et de méthodes d'apprentissage fondées sur des activités.

Présentez les lieux. Dites aux participants tout ce qu'ils doivent savoir sur l'espace de formation (par exemple, l'emplacement des toilettes et d'autres aspects logistiques).

Reconnaissez la présence éventuelle de personnes survivantes de violence sexuelle ou de VPI, ainsi que les autres facteurs de stress auxquels les participants peuvent être confrontés (diapositives 0.14 à 0.16).

- Par exemple : « Je tiens à rappeler à tout le monde que nous faisons tous un travail incroyablement difficile et que nous intervenons dans des conditions éprouvantes. En outre, certains et certaines d'entre nous ont peut-être eux-mêmes survécu à la violence. Nombre d'entre nous ont été témoins de violence ou ont soutenu une personne ayant survécu à une agression sexuelle ou à la VPI. Un espace de repos a été aménagé à côté de cette salle de formation. Tout le monde peut s'y rendre à tout moment pour boire une tasse de thé ou de café et respirer un peu. En outre, si quelqu'un estime avoir besoin d'un soutien supplémentaire, des ressources locales sont indiquées sur une feuille de papier au fond de la salle. »

Établissez des règles de base. Expliquez qu'il est important d'établir un ensemble de règles de base afin de tirer le meilleur parti du temps disponible et de s'assurer que tout le monde se sent en sécurité.

Demandez aux participants de proposer des règles de base pour la formation. Inscrivez-les sur un tableau à feuilles mobiles.

Invitez les participants à réfléchir et ajoutez tout ce qui manque à cette liste. Ensuite, affichez la diapositive 0.18.

- Arriver à l'heure et choisir le moment opportun pour exprimer son point de vue
- Apprendre et travailler ensemble
 - » Contribuer à la réalisation des objectifs – participer activement, consigner les résultats de l'atelier, se porter volontaire pour diriger/faciliter des exercices
- Se respecter mutuellement
 - » Écouter en faisant preuve d'ouverture d'esprit
 - » Laisser tout le monde participer
 - » Exprimer les désaccords de manière respectueuse
 - » Faire des commentaires constructifs (en commençant par le positif)
 - » Ne pas interrompre les personnes qui ont la parole
- Espace sûr
 - » Respecter la confidentialité. Aucune information personnelle ne doit pas sortir de la salle
- Être présent(e)
 - » N'utiliser des appareils électroniques tels que les téléphones mobiles ou les ordinateurs portables qu'en cas d'urgence

**Exercice 0.1 :
Chapeau des
peurs et chapeau
des motivations
(30 minutes)**



Présentez l'exercice 0.1 Chapeau des peurs et chapeau des motivations⁶ (diapositive 0.17).

Objectifs

- Reconnaître et comprendre les préoccupations des agents de santé concernant la prise en charge des personnes survivantes de violence sexuelle et de VPI.
- S'appuyer sur les motivations et les points forts des agents de santé pour lutter contre la violence sexuelle et la VPI.

Instructions à l'attention des facilitateurs

- **Donnez** deux feuilles de papier à chaque participant(e).
- **Mettez en place** deux chapeaux, bols ou paniers dans lesquels les participants déposeront leurs feuilles pliées. Intitulez l'un « Peurs » et l'autre « Motivations ».
- **Demandez** aux participants d'écrire :
 - » sur une première feuille, un élément qui les motive à prendre en charge la violence sexuelle ou la VPI ;
 - » sur une deuxième feuille, une crainte qu'ils ont à l'idée de prendre en charge la violence sexuelle ou la VPI.
- **Demandez** aux participants de plier les feuilles et de les placer dans les chapeaux, bols ou paniers – les peurs dans l'un, les motivations dans l'autre.
- **Tirez au hasard** une réponse du chapeau « Peurs » et lisez-la au groupe. Discutez de cette peur avec les participants et demandez-leur comment elle peut être surmontée.

Répétez l'opération deux ou trois fois, selon le temps disponible.

- Ensuite, tirez une réponse du chapeau « Motivations » et lisez-la au groupe. Discutez de cette motivation avec les participants et demandez-leur des suggestions sur la manière dont la formation peut s'appuyer sur elle.
- Répétez l'opération deux ou trois fois, selon le temps disponible.
- Pendant une pause, **collez toutes les réponses** sur deux feuilles de tableau distinctes (obstacles/peurs sur l'une et motivations sur l'autre), en les organisant par thèmes/domaines généraux, pour vous y référer tout au long de la formation.

Remarque : Conservez les feuilles du tableau regroupant les peurs et les motivations. Affichez-les dans l'espace de formation si possible. Vous reviendrez sur ces éléments lors de la séance 16. Conclusion

Clôture



Demandez aux participants s'ils ont des **questions ou des préoccupations**. Énoncez les **messages clés** (diapositive 0.19) :

- De nombreux agents de santé hésitent à aborder le sujet de la violence avec leurs patients. Ils peuvent craindre que cela ne ravive leurs propres souvenirs d'avoir subi des abus ou d'en avoir été témoins, ou ils peuvent se sentir incapables de prendre en charge eux-mêmes les cas de violence.
- Toutefois, les données suggèrent que si les agents de santé abordent le sujet de la violence avec les patients et leur répondent avec empathie, cela peut être une source de guérison pour les personnes survivantes.
- Nombre d'entre nous avons à cœur de fournir des soins à nos patients et de leur assurer la santé et la justice. Cette énergie positive peut nous aider à appliquer cette formation dans notre pratique clinique.
- Dans les situations d'urgence humanitaire, il est essentiel de fournir des services de prise en charge des agressions sexuelles et de la VPI qui sont centrés sur les personnes survivantes.

⁶ Adapté de « Fear in a Hat », un exercice conçu par Kelsey Hegarty.

Séance 1. Appréhender la violence sexuelle et la VPI en tant que problème de santé publique

Préparation et informations générales	
Objectifs pédagogiques et compétences 	Objectif 1 : Acquérir des connaissances générales sur la violence sexuelle et la VPI en tant que problème de santé publique. Compétences : • Connaître l'épidémiologie des différentes formes de VBG aux niveaux mondial et local, y compris dans les contextes humanitaires. • Connaître les conséquences de la violence sexuelle et de la VPI sur la santé de différentes populations. • Comprendre le rôle et les limites des agents de santé dans la prise en charge des agressions sexuelles et de la VPI dans les situations d'urgence humanitaire, et connaître les services essentiels minimaux de prise en charge de la violence sexuelle qui font partie du DMU pour la SSR.
Durée de la séance 	45 minutes
Diapositives et exercices 	• Séance 1, diapositives 1.1 à 1.26
Fournitures et documents à distribuer 	• Aide-mémoire 1a. L'arbre de la VBGw
Contenu de la séance	
Contexte 	• La violence sexuelle et la VPI sont des problèmes de santé publique majeurs qui touchent de manière disproportionnée les femmes et les filles. Elles sont ancrées dans les inégalités de genre. Elles constituent des violations des droits humains. Près d'une femme ou d'une fille sur trois dans le monde a subi au cours de sa vie des violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire intime, ou des violences sexuelles de la part d'une personne autre que leur partenaire. Dans les situations d'urgence humanitaire, l'exposition aux risques de violence sexuelle et de VPI peut être exacerbée. • Les hommes peuvent également subir des violences sexuelles, en particulier dans les situations de conflit, et peuvent subir des violences de la part d'un partenaire intime, bien que les taux soient plus faibles et les conséquences différentes. La violence sexuelle à l'encontre des hommes dans les situations d'urgence tend à être commise par d'autres hommes dans le but de les déposséder de leur pouvoir, ainsi que leur famille et leur communauté. Les garçons peuvent être exposés à des risques d'abus sexuels, généralement perpétrés par des membres de leur famille ou d'autres hommes connus de l'enfant. • Les personnes survivantes ont droit aux meilleurs soins de santé possibles. Les agents de santé ont l'obligation de respecter ce droit et sont particulièrement bien placés pour aider les personnes ayant subi des violences. Ils peuvent créer un environnement sûr et confidentiel pour faciliter la révélation de la violence et offrir une prise en charge empathique, un traitement approprié et un référencement vers d'autres services de soutien.

**Présentation
à l'aide des
diapositives et
d'une discussion
encadrée
(45 minutes)**



Vidéo



Utilisez les diapositives de la séance 1 pour présenter le contenu de la séance. Des détails supplémentaires figurent dans la section des notes de chaque diapositive (voir le diaporama).

Définitions et formes de la VBG (diapositives 1.4 à 1.6)

- Lisez à haute voix la définition globale (diapositive 1.4). **Présentez la vidéo** accessible en suivant ce lien (diapositive 3) : <https://youtu.be/3AF9Rjki0DE?si=nmGJuolWW8Vtev9W>
- La VBG revêt de nombreuses formes. Demandez aux participants de réfléchir aux formes de VBG qui sont répandues dans leur contexte et invitez des volontaires à en faire part au groupe (diapositive 1.5).
- La VPI est la forme la plus courante de VBG dans le monde (diapositive 1.7).
- Cette formation se concentre sur les aptitudes et les compétences cliniques nécessaires pour fournir des soins aux personnes survivantes de formes spécifiques de VBG, à savoir les agressions sexuelles et la VPI.

Pour comprendre la VBG, il faut comprendre les inégalités de genre et les relations de pouvoir déséquilibrées (diapositives 1.8 à 1.12).

- Assurez-vous que les participants comprennent la différence entre le genre et le sexe (diapositives 1.8 à 1.9).
- Demandez aux participants de réfléchir à la manière dont les inégalités de genre et les relations de pouvoir déséquilibrées contribuent au risque de VBG. Demandez à un(e) volontaire de lire à haute voix le scénario figurant à la diapositive 1.10. Laissez aux participants 5 minutes pour en discuter avec 2 ou 3 de leurs voisins avant de demander à 3 ou 4 volontaires de partager leurs réflexions. Renvoyez les participants à l'aide-mémoire 1a — L'arbre de la VBG pour les guider dans leur réflexion (en lien avec l'activité de la diapositive 1.11).
- Résumez la manière dont les relations de pouvoir inégales entre les genres touchent les groupes de population qui sont confrontés à d'autres types de discrimination, par exemple en raison de l'âge ou du handicap, de l'appartenance à un groupe autochtone ou d'une identité de genre non binaire, et la manière dont elles exacerbent le risque de violence sexuelle et de VPI pour ces groupes (voir les notes à l'attention des facilitateurs sous la diapositive 1.11).
- Les relations inégales entre les genres et les relations de pouvoir qui privilégient les hommes et les normes masculines contribuent également au fait que les hommes représentent la majorité des auteurs d'actes de violence sexuelle et de VPI (diapositive 1.12).

Prévalence et conséquences de la VBG (diapositives 1.13 à 1.18)

- Présentez les estimations mondiales et régionales relatives à la VPI et à la violence sexuelle (diapositives 1.14 à 1.17). (Mettre à jour la diapositive 1.17 avec des données de prévalence locales ou des estimations propres au contexte de formation.)
- Mettez en évidence les groupes de population les plus exposés (par exemple, les femmes handicapées, les femmes autochtones, les travailleurs du sexe, les personnes transgenres ou les adolescents) ou particulièrement concernés par les interventions de santé (par exemple, les femmes enceintes).
- Soulignez les nombreuses conséquences à court et à long termes sur la santé physique et mentale des personnes survivantes (diapositive 1.18).

Rôle du personnel de santé (diapositives 1.19 à 1.24)

- Les agents de santé sont souvent considérés comme des modèles au sein de la communauté et sont une source de soins confidentiels (diapositive 1.20).
- Les personnes survivantes peuvent avoir besoin d'un soutien émotionnel et d'être rassurées, ou peuvent avoir des préoccupations persistantes en matière de sécurité en plus de leurs besoins en matière de santé (diapositive 1.21).
- Le rôle du personnel de santé se concentre sur la prise en charge empathique, le soutien et le référencement vers d'autres services qu'il ne peut pas fournir (diapositive 1.22). Les agents de santé ne sont pas chargés de résoudre tous les problèmes des personnes ni de mettre fin à la violence, et ils ne doivent pas non plus prendre de décisions à la place des personnes survivantes (ces dernières ont besoin d'aide pour avoir le sentiment de mieux contrôler la situation et pouvoir prendre leurs propres décisions) (diapositive 1.23).
- Le fait d'ignorer la violence peut être préjudiciable. Il est donc important d'examiner les conséquences possibles des comportements du personnel de santé (diapositive 1.24).
- Renvoyez les participants vers les aide-mémoires suivants afin qu'ils puissent les consulter après la séance et s'y référer ultérieurement :
 - » Aide-mémoire 1b. Lever les obstacles à la prise en charge de la violence sexuelle et de la VPI : formation des agents de santé
 - » Aide-mémoire 1c. En quoi la prise en charge par le personnel de santé est-elle importante ?

Clôture



Demandez aux participants s'ils ont des **questions ou des préoccupations**. Énoncez les **messages clés** (diapositive 1.25) :

- La violence sexuelle et la VPI nuisent à la santé physique et mentale des personnes survivantes. Parce qu'il s'agit de formes très répandues de VBG, qui ont des répercussions sur la santé, la prise en charge médicale des personnes survivantes de violence sexuelle et de VPI constitue un service essentiel dans les situations d'urgence humanitaire.
- Le personnel de santé a un rôle important à jouer dans l'aide et les soins aux personnes survivantes.
- En tant qu'agents de santé, l'idée d'intervenir face à la VBG peut susciter des craintes, mais nombre d'entre nous avons à cœur d'améliorer la santé et le bien-être des personnes qui s'adressent à nous et qui ont subi ou subissent des actes de VBG.

Cette formation est conçue pour renforcer les connaissances, les compétences et la confiance nécessaires pour prendre efficacement en charge les personnes survivantes d'actes de violence.

La prise en charge clinique et le référencement des personnes survivantes de violences sexuelles font partie du DMU pour la SSR (objectif 2).

Séance 2. Améliorer la sensibilisation et la compréhension de l'expérience des personnes survivantes

Préparation et informations générales	
Objectifs pédagogiques et compétences 	Objectif 2 : Adopter des comportements contribuant à la prestation de services sûrs et bienveillants, et comprendre les valeurs associées. Compétences : - Prendre conscience de ses propres croyances, hypothèses, préjugés possibles et réactions émotionnelles, qui peuvent influencer sur les interactions avec les personnes survivantes. - Comprendre les circonstances et les obstacles auxquels les personnes survivantes sont confrontées dans leur recherche d'aide. - Reconnaître l'importance de l'empathie envers les personnes survivantes
Durée de la séance 	45 à 120 minutes
Diapositives et exercices 	- Séance 2, diapositives 2.1 à 2.15 - Exercice 2.1a : Mythe ou réalité ? (15 minutes) ou - Exercice 2.1b : Votez avec les pieds (30 à 45 minutes) - Exercice 2.2 : Le poids des reproches (30 à 45 minutes) Si vous disposez de 90 minutes pour la séance 2, consacrez 30 à 45 minutes à l'exercice « Votez avec les pieds » et 30 à 45 minutes à l'exercice « Le poids des reproches ». Il s'agit de l'option retenue dans l'exemple de programme figurant à l'annexe 1. Si vous disposez de 120 minutes, vous pouvez réaliser les trois exercices : « Mythe ou réalité ? » (15 à 30 minutes), « Votez avec les pieds » (30 à 45 minutes) et « Le poids des reproches » (30 à 45 minutes). <i>Si le temps est très limité, vous pouvez proposer une séance abrégée de 45 minutes comprenant « Mythe ou réalité ? » (15 minutes) et « Le poids des reproches » (7 à 8 énoncés) (30 minutes).</i>
Fournitures et documents à distribuer 	- Pour l'exercice « Mythe ou réalité ? » : énoncés relatifs aux attitudes/croyances. Voir ci-dessous les énoncés et les notes pour la discussion. - Pour l'exercice « Votez avec les pieds » : deux panneaux, l'un portant la mention « D'accord » et l'autre la mention « Pas d'accord » écrites en grand. - Pour l'exercice « Le poids des reproches » : » 7 à 11 châles ou pages de journal. » Scénario du facilitateur. Imprimez un exemplaire de la ressource 2.2a – Le poids des reproches : scénario du facilitateur [l'histoire de Maya]. » 7 à 11 fiches de personnages. Imprimez un exemplaire de chacune des fiches de la ressource 2.2b – Le poids des reproches : fiches de personnages destinées aux participants. - Imprimez les ressources à partir de l'annexe A en ligne – Ressources pour les facilitateurs. - Imprimez les aide-mémoires à partir de l'annexe B en ligne – Aide-mémoires pour les participants. » Aide-mémoire 2a. Pourquoi les femmes ne partent-elles pas ? » Aide-mémoire 2b. Obstacles à la recherche de soins à la suite de violences sexuelles et de VPI

Contenu de la séance

Contexte



Introduisez la séance en expliquant que la prise en charge des agressions sexuelles et de la VPI nécessite de comprendre comment, en tant qu'agents de santé, nos valeurs, nos croyances et nos attitudes peuvent influencer la manière dont nous fournissons des soins ainsi que notre capacité à faire preuve d'empathie à l'égard des expériences des personnes survivantes qui cherchent de l'aide. Ces croyances et valeurs sont souvent façonnées par les mêmes normes sociétales qui conduisent à la stigmatisation des personnes survivantes. **Rappelez aux participants** que leurs attitudes et croyances peuvent être façonnées par les mêmes normes et attitudes en matière de rôles attribués aux hommes et aux femmes que celles des autres membres de leur société ou de leur communauté (diapositive 2.3).

Les activités de cette séance aident les participants à mener une réflexion critique sur ces croyances et attitudes ainsi que sur les normes sociétales sous-jacentes en examinant les mythes et les croyances répandus sur la VBG, en comprenant l'expérience des personnes survivantes dans leur recherche d'aide, et en clarifiant la manière dont leurs propres valeurs, croyances et attitudes peuvent influencer sur les soins qu'ils prodiguent.

Il est important de rappeler que dans les situations d'urgence humanitaire, les agents de santé ne sont pas toujours issus de la même communauté que leurs patients. Lorsqu'ils s'occupent de personnes déplacées ou réfugiées, ou lorsqu'ils font partie d'une équipe d'intervention humanitaire, les agents de santé peuvent avoir des valeurs et des convictions différentes de celles des personnes qu'ils prennent en charge. Il est important de ne pas juger les personnes survivantes pour leurs croyances, leurs attitudes ou leurs valeurs, ou pour ce qui leur est arrivé.

Exercice 2.1a Mythe ou réalité ? (15 minutes)



Objectif pédagogique de cet exercice

- Réfléchir de manière critique à nos croyances et attitudes qui influencent les soins que nous dispensons aux personnes survivantes.

Instructions à l'attention des facilitateurs (voir aussi les diapositives 2.4 à 2.11)

- **Expliquez** que vous souhaitez consacrer un peu de temps à l'étude de certains mythes sociétaux répandus sur la violence. Expliquez ce que vous entendez par « mythe » et donnez un exemple.
- **Demandez aux participants** de partager des mythes locaux qu'ils ont entendus concernant la VBG.
- **Lisez au groupe la première affirmation** sur la diapositive 2.5 « Mythe ou réalité ? ».
- **Demandez aux participants** s'ils pensent qu'il s'agit d'une réalité ou d'un mythe. Voyez si les membres du groupe sont d'accord entre eux ou non.
- **Demandez à une personne** qui croit que c'est une réalité et à une autre qui croit que c'est un mythe de justifier leur réponse.
- **Donnez la réponse.** Précisez si l'affirmation est un mythe ou une réalité et donnez-en la raison.
- **Répétez** ce processus pour trois autres affirmations. (Sélectionnez les affirmations qui semblent les plus pertinentes pour le groupe.) Ne passez pas plus de 3 minutes sur chaque affirmation.

Exercice 2.1b : Votez avec les pieds (30 à 45 minutes)



Objectif pédagogique de cet exercice

- Réfléchir de manière critique à nos croyances et attitudes qui influencent les soins que nous prodiguons aux personnes survivantes.

Instructions à l'attention des facilitateurs (diapositive 2.12)

- Commencez par rappeler aux participants que les personnes survivantes sont souvent très sensibles à l'idée d'être jugées et perçoivent les moindres critiques des agents de santé, ce qui peut empêcher l'instauration d'un climat de confiance. Il est donc important que nous soyons conscients de nos croyances et attitudes ainsi que de la manière dont elles peuvent interférer avec les soins dispensés.
- **Trouvez un espace** où les participants peuvent se déplacer facilement et se tenir debout en ligne.
- **Demandez aux participants** de se placer au milieu de l'espace.
- **Placez un panneau** (sur un tableau à feuilles mobiles ou une grande feuille de papier) de chaque côté de l'espace, l'un portant la mention « D'accord » et l'autre la mention « Pas d'accord » écrites en grand.
- **Énoncez** une affirmation simple à titre d'exemple, telle que « Je danse bien ».
- **Demandez aux participants** de répondre en se dirigeant vers l'un des panneaux – « D'accord » ou « Pas d'accord » – selon qu'ils sont d'accord ou non avec l'affirmation.
- **Demandez aux participants** de choisir la distance à laquelle ils se tiennent par rapport au panneau en fonction de la mesure dans laquelle ils sont d'accord ou pas avec l'affirmation.
- **Répétez** le processus en lisant 4 à 6 des énoncés relatifs aux attitudes/croyances ci-dessous, selon le temps dont vous disposez. Sélectionnez les affirmations qui vous semblent les plus pertinentes par rapport au contexte et à la pratique des participants.
- Après chaque énoncé, **animez une discussion** sur les raisons pour lesquelles les participants ont choisi l'une ou l'autre des réponses. Cela les aidera à réfléchir à leurs croyances.

- **Demandez** à chaque camp d'expliquer son point de vue à l'autre camp. Prévoyez du temps pour un débat. Vous pouvez demander à une personne du camp le moins populaire de partager son point de vue en premier. Rappelez aux participants que le but n'est pas de juger les personnes qui ne sont pas d'accord avec eux, mais d'expliquer, de réfléchir et de revoir leur position s'ils ont changé d'avis.
- Après un bref débat, **demandez** si quelqu'un souhaite changer de position. Laissez-les prendre leur nouvelle place.

Votez avec les pieds : énoncés relatifs aux attitudes/croyances

- **Une femme a le droit de dire non si elle ne veut pas avoir de relations sexuelles avec son mari.**

Notes pour la discussion

Toute femme a le droit de décider ce qu'elle veut faire de son propre corps et le droit de refuser des rapports sexuels. Cependant, dans de nombreux contextes, les normes de genre incitent les femmes et les hommes à croire qu'une fois mariés, l'homme a le droit d'avoir des relations sexuelles avec sa femme quand il le souhaite. De fait, dans de nombreux pays, les rapports sexuels forcés avec son conjoint ne sont pas considérés comme un viol. Cependant, les femmes conservent toujours le droit de maîtriser leur corps et leur sexualité, ce qui signifie qu'elles peuvent refuser d'avoir des relations sexuelles avec leur mari.

- **Si une femme reste avec un partenaire violent, c'est de sa faute.**

Notes pour la discussion

Il existe de nombreuses raisons pour lesquelles une femme peut rester avec un partenaire violent. Il ne nous appartient pas de juger ces femmes. De fait, quitter une relation violente peut entraîner un risque accru de violence de la part d'un partenaire dominateur et violent. D'autres raisons, telles que la dépendance économique et les pressions sociales visant à ne pas briser la famille, peuvent empêcher une femme de quitter son partenaire violent.

- **Les hommes qui sont violés sont faibles et ne sont pas assez virils.**

Notes pour la discussion

Le viol commis contre des hommes est un outil de pouvoir et de contrôle. Il est utilisé par les auteurs pour féminiser leur victime pour l'humilier ou pour qu'elle se sente moins virile. Le fait d'associer la perpétration de viols ou la victimisation par le viol à la masculinité est une norme de genre néfaste qui doit être remise en question. La force n'a rien à voir avec le fait de perpétrer des violences et le fait d'être victime d'un viol n'est pas non plus synonyme de faiblesse. Le viol commis contre des hommes est une forme de VBG. Il est inacceptable, et il n'est jamais la faute du survivant. Il faut le considérer comme un crime et il constitue une violation des droits humains.

- **Il ne peut pas s'agir d'un viol si la personne est un ou une professionnel(le) du sexe.**

Notes pour la discussion

Le fait qu'une personne vende des services sexuels pour gagner sa vie ne signifie pas qu'elle est toujours prête et disposée à avoir des rapports sexuels. Le viol est l'acte de forcer quelqu'un à avoir des relations sexuelles. Les travailleurs du sexe sont souvent contraints d'avoir des rapports sexuels parce que les personnes supposent qu'ils sont toujours disponibles pour des rapports sexuels. Même les clients et les clients potentiels obligent parfois les travailleurs du sexe à avoir des rapports sexuels.

- **Si une personne ivre est violée, c'est en partie de sa faute parce qu'elle a choisi de boire.**

Notes pour la discussion

Rien ne peut jamais excuser ni justifier le viol ou tout autre type de violence. Nous pouvons certes encourager les personnes à rester conscientes de leur environnement et des risques potentiels de se retrouver dans des situations vulnérables ou potentiellement abusives, mais le fait de ne pas le faire ne signifie pas qu'une personne est responsable de la violence qu'elle subit.

- **Les hommes ne peuvent pas se contrôler. La violence fait tout simplement partie de leur nature.**

Notes pour la discussion

Perpétrer la violence est toujours un choix de la part des auteurs. Cela ne fait pas partie de leur nature et n'est pas inévitable. Bien souvent, la violence est un comportement acquis. Les données montrent que les enfants qui subissent eux-mêmes des violences ou qui sont témoins de violences au sein du foyer sont plus susceptibles de commettre ou de subir des actes de VPI lorsqu'ils grandissent.

- **Les femmes qui portent des vêtements révélateurs demandent à être violées et provoquent l'agression par leur comportement inapproprié.**

Notes pour la discussion

Rien ne peut jamais excuser ni justifier le viol ou tout autre type de violence. Les femmes qui subissent des abus ne devraient jamais être blâmées ni se voir dire que c'est de leur faute.

- **Il est peu probable que les travailleurs humanitaires commettent des abus sexuels ou exploitent sexuellement les bénéficiaires.**

Notes pour la discussion

Les travailleurs humanitaires exercent un pouvoir relatif sur les communautés qu'ils servent. Certains peuvent entretenir des croyances sur leur droit à avoir des relations sexuelles, qui peuvent contribuer à la perpétration d'abus sexuels ou d'actes d'exploitation sexuelle. Des cas de viol, d'abus et d'exploitation sexuels par des travailleurs humanitaires ont été mis au jour dans des contextes humanitaires. Non seulement cela porte préjudice aux communautés qu'ils sont tenus de servir et de protéger, mais cela nuit aussi aux opérations humanitaires et à la crédibilité des organismes d'aide, et compromet la confiance des communautés à leur égard. Les abus sexuels commis par des travailleurs humanitaires constituent une grave violation de leur responsabilité de ne pas nuire. Il s'agit d'une faute grave qui, selon les principes de l'IASC, constitue un motif de cessation d'emploi. Les activités sexuelles avec des enfants, indépendamment de leur consentement, sont interdites. Toute relation sexuelle entre les personnes qui fournissent l'aide humanitaire et les bénéficiaires, qui implique un usage inapproprié de leur rang, est interdite. Les travailleurs humanitaires sont tenus d'instaurer et de préserver un environnement visant à prévenir l'exploitation et les abus sexuels.

- **La manière dont les agents de santé réagissent face à une personne ayant survécu à une agression sexuelle n'est pas très importante.**

Notes pour la discussion

Souvent, les personnes ayant survécu à une agression sexuelle ne révèlent pas la violence qu'elles ont subie à qui que ce soit par crainte d'être blâmées ou stigmatisées, ou parce qu'elles pensent que personne ne les croira (renvoyer les participants à l'aide-mémoire 2a « Pourquoi les femmes ne partent-elles pas ? »). Les personnes survivantes se heurtent à des obstacles importants dans leur recherche de soutien (renvoyer les participants à l'aide-mémoire 2b « Obstacles à la recherche de soins à la suite de violences sexuelles et de VPI »), ce qui indique qu'une réponse empathique de la part du personnel de santé peut les encourager à divulguer leur expérience. Par conséquent, une réponse empathique, positive et dénuée de jugement est très importante pour la personne survivante et peut la mettre sur la voie de la guérison.

Remarque : Cet exercice peut être hautement personnel et inconfortable pour certains participants. Si quelqu'un exprime un malaise, alternez les déclarations sur la VBG avec des déclarations de votre cru qui sont moins intenses (par exemple, « J'aime cuisiner » ou « Les bébés sont mignons ») pour créer une atmosphère non menaçante. Cet exercice peut également amener certains participants à se sentir isolés si leurs valeurs ne correspondent pas à celles des autres membres du groupe, ou induire des sentiments de négativité à l'égard de leurs pairs. Encouragez les participants à ne pas porter de jugement sur les croyances qui ne correspondent pas aux leurs ou à celles de la majorité. L'objectif de l'exercice consiste à susciter une réflexion critique et à permettre aux participants de réévaluer leurs convictions, ou du moins la manière dont ils pourraient les exprimer face à leurs patients. Il s'agit de questions complexes et émotionnelles, et certains participants peuvent avoir une réaction forte face à une déclaration et aux points de vue des autres. Rappelez-leur que chacun apporte son point de vue personnel à cet exercice et que les participants doivent faire preuve de respect mutuel.

Questions pour la discussion encadrée après l'exercice 2.1



Discussion de groupe

- Une fois l'exercice terminé, animez une discussion de groupe en vous appuyant sur les questions suivantes :
 - » Qu'avez-vous ressenti lorsque vous avez dû faire face à des valeurs différentes des vôtres ?
 - » Qu'avez-vous appris de cette expérience ?
 - » Avez-vous changé d'avis sur l'une ou l'autre de ces questions ?
- Encouragez le débat au sein du groupe et prenez le temps d'examiner les questions soulevées.

Éléments d'apprentissage



Points d'apprentissage (diapositive 2.13)

L'objectif de cet exercice consiste à réfléchir à la manière dont nos croyances personnelles sur la violence sexuelle et la VPI, ainsi que nos valeurs, peuvent influencer les soins que nous prodiguons aux personnes survivantes en tant qu'agents de santé.

- Nos croyances et attitudes reflètent souvent les normes et valeurs de notre société. Les personnes survivantes sont souvent très sensibles à la manière dont ces croyances et attitudes sont exprimées à leur égard. Il est donc important de réfléchir de manière critique à nos croyances et attitudes, et de veiller à ce qu'elles n'interfèrent pas avec les soins que nous dispensons.
- Si nous sommes conscients de nos croyances négatives, nous pourrions mieux éviter de les communiquer aux personnes survivantes de violence.
- Il faut du temps pour faire évoluer les mentalités. Cependant, il est tout à fait possible de faire évoluer nos croyances et nos attitudes, et il est sain de les examiner et de les ajuster si nécessaire.

**Exercice 2.2 :
Le poids des
reproches (30 à
45 minutes)**



Objectif pédagogique de cet exercice (diapositive 2.14)

- Prendre conscience des difficultés que rencontrent les personnes survivantes d'actes de violence dans leur recherche d'aide et renforcer l'empathie à leur égard.
- Souligner la façon dont les normes et les comportements inégaux en matière de genre peuvent influencer la capacité d'une personne survivante à chercher de l'aide et à accéder aux soins.
- Encourager les participants à réfléchir à ce qu'ils peuvent faire en tant qu'agents de santé pour proposer une prise en charge empathique aux personnes survivantes de violence.

Instructions à l'attention des facilitateurs

Selon le temps dont vous disposez, vous pouvez réaliser cet exercice avec un nombre réduit de personnages. Si vous disposez de 30 minutes pour cette activité, utilisez les fiches de personnages suivantes : amie, mère de la personne survivante, agente de santé communautaire, chef religieux, enfant, officier de police, médecin. Si vous disposez de 45 minutes, vous pouvez utiliser toutes les fiches de personnages.

- **Demandez** à 12 personnes de participer à l'activité. Invitez les autres à observer.
- **Demandez** à une personne volontaire de jouer le rôle de Maya (vous pouvez adapter l'histoire et les noms à votre contexte), une femme qui a subi des violences. Demandez aux autres de jouer les autres personnages décrits sur les fiches de personnages. *Remarque : Jouer le rôle de Maya peut être éprouvant. Prévenez les personnes volontaires que ce rôle peut susciter des émotions fortes.*
- **Fournissez** à chacun des participants une fiche de personnage et un châle/une page de journal.
- **Demandez** à la personne jouant le rôle de Maya de s'asseoir au milieu. Elle s'assied sur une chaise en face des autres participants.
- **Demandez** aux autres participants de se placer en cercle autour de Maya, en se tournant vers l'extérieur (c'est-à-dire en lui tournant le dos).
- En tant que facilitateur, **tenez-vous à l'extérieur du cercle** et lisez le scénario de l'histoire de Maya (ressource 2.2a). Ensuite, dans l'ordre des personnages énumérés ci-dessous, expliquez à qui Maya s'adresse pour obtenir de l'aide.
- **Demandez à chaque personnage** de lire le segment de l'histoire et la première déclaration de sa fiche de personnage, puis de s'avancer et de couvrir Maya d'un châle ou d'une page de journal.
 - » Ordre de recouvrement (recouvrement de Maya avec un châle ou une page de journal) : amie, mère, voisine, beau-père, agente de santé communautaire, chef religieux, fille, officier de police, travailleur ou travailleuse social(e), avocat(e), médecin.
- Ensuite, **demandez à chaque personnage** d'inverser le processus en lisant la déclaration figurant au verso de sa fiche de personnage, puis de retirer un châle ou une page de journal de Maya. Cette fois, les personnages doivent se tourner vers le centre du cercle, vers Maya.
 - » Ordre de retrait de la couverture (châle ou journal) : médecin, avocat(e), travailleur ou travailleuse social(e), officier de police, fille, chef religieux, agente de santé communautaire, beau-père, voisine, mère, amie.

Questions directrices pour la discussion (inscrivez les réponses sur un tableau à feuilles mobiles et revenez-y plus tard au cours de la formation).

- Demandez à la personne jouant le rôle de Maya ce qu'elle a ressenti.
- Qu'ont ressenti les autres personnages ? (Sollicitez des volontaires.)
- Qu'ont ressenti les observateurs ? (Sollicitez des volontaires.)

Discutez avec la personne survivante :

- Que pensez-vous des possibilités d'aide dont disposait la survivante et des choix qu'elle a faits ?
 - » **Approfondissement** : Avait-elle le plein pouvoir de prendre des décisions concernant sa vie ? Ou de demander de l'aide ?
- Comment les personnes dont Maya s'est rapprochée ont-elles réagi à son égard ?
 - » **Approfondissement** : En quoi leur réaction aurait-elle pu être plus bienveillante ?

Clôture



Demandez aux participants s'ils ont des **questions ou des préoccupations**. Énoncez les **messages clés** (diapositive 2.15)

- Les exercices de cette séance illustrent les situations, décisions et réponses difficiles auxquelles sont confrontées les personnes survivantes de VBG. En nous mettant à la place de la personne survivante, nous pouvons éprouver de l'empathie à son égard et mieux comprendre sa situation.
- En tant qu'agents de santé et prestataires de soins, il est important de réfléchir à nos propres valeurs et croyances, qui sont façonnées par la société, ainsi qu'à la manière dont nous pouvons les communiquer à nos patients. Si nous n'avons pas conscience de ces aspects, nous risquons de stigmatiser les personnes survivantes et de leur causer un traumatisme supplémentaire.
- Il est important de ne jamais faire de reproches à la personne survivante. Nous pouvons également rappeler aux autres de ne pas rejeter la faute sur les personnes survivantes.
- En tant qu'agents de santé et prestataires de soins, nous encourageons toujours les personnes survivantes à chercher de l'aide et nous soutenons les choix qu'elles font pour améliorer leur santé et leur sécurité, que la relation abusive soit maintenue ou non.

Séance 3. Principes directeurs de la prise en charge clinique des agressions sexuelles et de la VPI dans les situations d'urgence

Préparation et informations générales	
Objectifs pédagogiques et compétences 	Objectif 2 : Adopter des comportements contribuant à la prestation de services sûrs et bienveillants, et comprendre les valeurs associées. Compétences : • Connaître les principes directeurs de la prestation de soins centrés sur les personnes survivantes et les appliquer d'une manière culturellement appropriée. • Comprendre la mise en pratique des principes directeurs dans les soins centrés sur les personnes survivantes. • Comprendre la contribution du soutien de première ligne (ou de l'approche VIVRE) aux soins centrés sur les personnes survivantes.
Durée de la séance 	30 minutes
Diapositives et exercices 	• Séance 3, diapositives 3.1 à 3.17
Fournitures et documents à distribuer 	• Aide-mémoire 3a. Carte de poche VIVRE (Fournir une fiche à chaque personne participante, imprimée à partir de l'annexe B en ligne – Aide-mémoires pour les participants, à moins que vous ne disposiez de fiches préimprimées.)
Lectures complémentaires 	• Manuel clinique, pages 3 à 5.
Contenu de la séance	
Contexte 	Introduisez la séance en expliquant que le Manuel clinique de l'OMS et les directives cliniques associées ont été élaborés dans le cadre de la lutte contre la violence à l'égard des femmes. Cependant, les principes des soins centrés sur les personnes survivantes sont universels et s'appliquent à toutes les personnes survivantes, quel que soit leur genre.

**Présentation
à l'aide des
diapositives et
d'une discussion
encadrée
(30 minutes)**



Cette séance nous permettra de mieux comprendre ces principes et d'apprendre à les appliquer dans le cadre des soins. Des considérations particulières s'appliquent aux enfants et aux adolescents survivants, dont un parent ou un tuteur peut participer à la prise de décisions. Nous reviendrons sur ces considérations particulières tout au long du présent manuel.

Utilisez les diapositives de la séance 3 pour présenter le contenu de la séance. Des détails supplémentaires figurent dans la section des notes de chaque diapositive (voir le diaporama).

Principes directeurs (diapositives 3.4 à 3.10)

Les principes fondamentaux des soins centrés sur les personnes survivantes accordent la priorité à leurs droits, besoins et souhaits. Les soins centrés sur les personnes survivantes promeuvent les droits suivants :

- **Dignité et respect** – le droit d'être traitée avec dignité et respect, et de ne pas être blâmée pour les violences subies.
- **Vie** – le droit de vivre une vie libre de peur et de violence.
- **Auto-détermination** – le droit de prendre ses propres décisions, y compris celles concernant sa vie sexuelle et reproductive ; de refuser des actes médicaux ou faire une action en justice ; et de choisir la ligne de conduite qui lui convient le mieux.
- **Meilleur état de santé possible** – le droit de bénéficier de services de santé de bonne qualité, qui sont disponibles, accessibles et acceptables.
- **Non-discrimination** – le droit de bénéficier de services de santé sans discrimination. Le traitement n'est pas refusé du fait de la race, de l'ethnie, de la caste, de l'orientation sexuelle, de l'identité sexuelle, de la religion, de la situation de handicap, du statut marital, de l'occupation, des convictions politiques ou de tout autre facteur.
- **Privacité et confidentialité** – le droit de bénéficier de soins, d'un traitement et de conseils privés et confidentiels, et de décider quelles informations sont à intégrer dans son dossier et quelles informations ne sont pas à divulguer sans consentement.
- **Information** – le droit de connaître les informations qui ont été recueillies sur sa santé et d'y avoir accès, ainsi qu'à son dossier médical.

Comment promouvoir l'égalité des genres (diapositive 3.7)

- Rappelez-vous que, lors de la séance 1, vous avez appris que la violence sexuelle et la VPI étaient ancrées dans les relations de pouvoir inégales entre les hommes et les femmes (c'est-à-dire les inégalités de genre).
- Il est important de reconnaître que les survivantes sont particulièrement désavantagées par les inégalités de genre. Leur accès à l'argent ou à l'information peut être plus limité que celui des hommes, ou elles peuvent être moins alphabétisées que les hommes.
- Les femmes peuvent ne pas être libres de prendre des décisions pour elles-mêmes, notamment concernant leurs soins de santé (ainsi, dans certains contextes, le consentement d'un tiers, par exemple du conjoint peut être exigé pour certaines interventions).
- En tant qu'agents de santé, outre le fait d'être conscients de cette dynamique de pouvoir, votre rôle consistera à ne pas nuire aux personnes survivantes et à éviter de les exposer à des risques supplémentaires du fait de vos actions.
- Il est important d'écouter et de croire les personnes survivantes, et de prendre leur récit au sérieux.
- Il est essentiel que vos propos ne blâment ni ne jugent les personnes survivantes.

Les enfants et les adolescents ayant subi des abus sexuels font l'objet de **considérations supplémentaires**. Celles-ci sont fondées sur les principes de **l'intérêt supérieur de l'enfant et de l'évolution des capacités** au cours du développement de la maturité cognitive et émotionnelle (diapositive 3.10).

- Il est important d'aider les personnes survivantes à faire leurs propres choix, notamment sur le plan médical, en ce qui concerne les soins et les services qu'elles acceptent, et de ne pas faire pression sur elles pour qu'elles suivent vos conseils en tant que personnel de santé.
- **Discussion** : Comment ces principes directeurs se traduisent-ils en pratique dans votre contexte d'intervention ?
 - » Par exemple, le respect de la privacité peut nécessiter une salle de consultation privée avec une porte fermée afin que la personne survivante ne puisse pas être entendue ou vue lorsqu'elle parle au personnel de santé.
 - » Pour les personnes handicapées, le droit à la non-discrimination peut exiger que les services disposent de rampes d'accès pour les fauteuils roulants et de toilettes accessibles aux personnes handicapées, ainsi que la mise à disposition de documents d'information en braille.
 - » Pour les enfants et les adolescents, il peut s'avérer nécessaire de responsabiliser une personne s'en occupant n'ayant pas commis de violences, d'instaurer un environnement adapté à l'enfant (par exemple, des jouets, du matériel de dessin) et de fournir des informations adaptées à l'âge de l'enfant.
 - » Existe-t-il d'autres moyens de mettre en œuvre ces principes ?

	Le dépistage universel n'est PAS recommandé (diapositive 3.12) • Si vous soupçonnez des violences, mais que les patients ne les ont pas divulguées, il EST recommandé de leur fournir des informations générales sur le droit de toute personne à la sécurité ainsi que sur la disponibilité de services de soutien, et de leur proposer une consultation de suivi. • La confiance établie entre la première et la deuxième consultation permet parfois aux personnes survivantes de se confier au cours du suivi. Lorsqu'un cas de VBG est suspecté, les consultations de suivi doivent être effectuées, dans la mesure du possible, par le même personnel. Mandat du personnel de santé pour fournir un soutien de première ligne (diapositives 3.11 à 3.15) • Discutez de l'importance de fournir des soins conformes aux principes directeurs, quel que soit le contexte clinique des personnes survivantes. Ce principe est valable dans toutes les situations, indépendamment de la plainte initiale de la personne au début de la consultation. • Insistez sur le fait que les personnes survivantes peuvent chercher à se faire soigner pour des conditions ou des symptômes causés par la violence sans divulguer explicitement les actes de violence. Il convient de prodiguer des soins compatissants et centrés sur les survivant(e)s, que l'agression sexuelle ou la VPI ait été divulguée ou non. • La prise en charge médicale des agressions sexuelles et de la VPI peut aller d'une prise en charge très élémentaire à une prise en charge médico-légale poussée. La majorité des situations d'urgence humanitaire justifieront la fourniture d'un soutien de première ligne, même si une prise en charge plus avancée n'est pas possible dans le contexte (diapositive 3.13). • Le soutien de première ligne est la prise en charge minimale la plus élémentaire qui doit être assurée en cas de divulgation de VPI ou de violence sexuelle. L'acronyme VIVRE peut aider les participants à se souvenir des éléments constitutifs du soutien de première ligne (diapositives 3.14 et 3.15). Cette formation renforcera leurs compétences concernant les éléments de l'approche VIVRE. • Distribuez les cartes de poche VIV(RE). Expliquez que la carte de poche de référence est un outil destiné aux agents de santé qui apprennent à fournir un soutien de première ligne. Elle comprend les étapes de l'approche VIVRE, les signes d'un risque immédiat de violence et des questions directrices pour se renseigner sur la violence. Rappelez aux participants qu'ils peuvent imprimer et fabriquer leurs propres cartes de poche supplémentaires à l'aide de l'aide-mémoire 3a de l'annexe B en ligne – Aide-mémoires pour les participants.
Clôture 	Demandez aux participants s'ils ont des questions ou des préoccupations. Énoncez les messages clés (diapositive 3.16) : • L'intervention doit être fondée sur le respect des droits humains et la promotion de l'égalité des genres. • Les enfants et les adolescents font l'objet de considérations supplémentaires. Celles-ci seront fondées sur les principes de leur intérêt supérieur et le stade de développement de leurs capacités. • Cette formation vous préparera à mettre en oeuvre toutes les étapes du soutien de première ligne, y compris la prestation de services cliniques adaptés au champ de pratique des agents de santé et au contexte.

Séance 4. Compétences du personnel de santé pour la communication avec les personnes survivantes

Préparation et informations générales	
Objectifs pédagogiques et compétences 	Objectif 2 : Adopter des comportements contribuant à la prestation de services sûrs et bienveillants, et comprendre les valeurs associées. Compétences : • Communiquer avec empathie et efficacité avec les patients et les personnes survivantes. • Comprendre l'influence de la discrimination subie par les personnes survivantes (fondée sur la langue, l'appartenance ethnique et/ou l'identité de genre, entre autres) sur leur accès aux soins et leur expérience en la matière.
Durée de la séance 	30 minutes
Diapositives et exercices 	• Séance 4, diapositives 4.1 à 4.8 (10 minutes) • Exercice 4.1. Écoute active (20 minutes)
Fournitures et documents à distribuer 	• Aide-mémoire 4a. Principes de l'écoute active À imprimer à partir de l'annexe B en ligne, intitulée « Aide-mémoires pour les participants » – un exemplaire par binôme
Lectures complémentaires 	• Manuel clinique, pages 42 à 45.
Contenu de la séance	
Contexte 	Introduisez la séance en soulignant que nous pratiquons l'écoute en permanence, mais pas toujours de manière attentive ou consciente. Il est possible d'améliorer ses capacités d'écoute. Une bonne écoute de la part du personnel de santé fait une réelle différence en ce qui concerne les révélations des personnes survivantes, la mesure dans laquelle elles se sentent soutenues et la rapidité avec laquelle elles peuvent entamer le processus de guérison. Elle permet également au personnel de santé de mieux comprendre les besoins en matière de traitement physique et de minimiser le risque de passer à côté d'une blessure ou de manquer de prescrire un traitement prophylactique. Cette séance sera l'occasion de réfléchir à l'art de l'écoute et aux éléments d'une bonne écoute, et de s'y entraîner.

Présentation à l'aide des diapositives et d'une discussion encadrée (10 minutes) 	Utilisez les diapositives de la séance 4 pour présenter le contenu de la séance. Des détails supplémentaires figurent dans la section des notes de chaque diapositive (voir le diaporama). • Demandez aux participants : Comment savoir si quelqu'un nous écoute ? Sollicitez 3 ou 4 réponses. • Affichez la diapositive 4.4. Passez en revue quelques-unes des principales raisons pour lesquelles la communication bilatérale est importante pour garantir des soins de qualité. Examen des principes de l'écoute active • Discutez des pratiques d'écoute active (diapositive 4.5). Invitez les participants à réagir et à faire des suggestions avant de montrer la diapositive. • Passez en revue et démontrez les principes d'une bonne posture d'écoute (le moyen mnémotechnique SOLER) (diapositive 4.6). • Renvoyez les participants à l'aide-mémoire 4a, intitulé « Les principes de l'écoute active », disponible dans le dossier des aide-mémoires pour les participants.
Exercice 4.1. Écoute active (20 minutes) 	Objectif pédagogique de cet exercice • Comprendre et pratiquer l'écoute active. Instructions à l'attention des facilitateurs (diapositive 4.7) • Demandez aux participants de former des binômes. • Demandez aux participants de se souvenir d'une situation difficile dans n'importe quel domaine de la vie et de la raconter à leur partenaire pendant 3 à 4 minutes. <i>Remarque : Ils ne doivent pas utiliser d'exemple lié à la violence.</i> • Demandez à la personne qui écoute de pratiquer l'écoute active, qui passe notamment par des questions ouvertes, la communication non verbale et des réponses dénuées de jugement. Encouragez-les à se référer à l'aide-mémoire 4a, intitulé « Les principes de l'écoute active », pour se remémorer les pratiques d'écoute active. • Après 5 minutes, demandez aux participants d'inverser les rôles de sorte que la personne qui a écouté en premier raconte son histoire pendant 3 à 4 minutes et que l'autre partenaire pratique à son tour l'écoute active. Discussion encadrée (10 minutes) En plénière, posez les questions suivantes aux participants : • Qu'a fait votre partenaire pour montrer qu'il ou elle vous écoutait attentivement ? • Qu'est-ce que votre partenaire a dit qui témoigne d'une écoute active ? • Que n'a pas fait ou dit votre partenaire – en bien ou en mal ? • Qu'avez-vous ressenti après ?
Clôture 	Demandez aux participants s'ils ont des questions ou des préoccupations. Énoncez les messages clés (diapositive 4.8) : • Les personnes survivantes de violence sont souvent réduites au silence par les auteurs, des membres de leur famille et d'autres membres de la communauté, voire même le personnel de santé. À l'inverse, une écoute active et bienveillante permet aux personnes survivantes de se sentir entendues, ce qui constitue une étape importante pour permettre la guérison et la divulgation des violences subies. • Vous devez entretenir une communication empathique et efficace tout au long de la consultation. • Utilisez des compétences verbales et non verbales. • Commencez par poser des questions ouvertes.

Séance 5. Connaître le contexte

Préparation et informations générales	
Objectifs pédagogiques et compétences 	Objectif 4 : Savoir accéder aux ressources et au soutien pour les patients et pour soi-même. Compétences : - Comprendre le rôle des services de référencement dans la prise en charge des personnes survivantes d'agressions sexuelles et de VPI. - Connaître le contexte juridique et politique, y compris les obligations légales du personnel de santé.
Durée de la séance 	90 minutes (sans l'exercice facultatif ci-dessous) Prévoir 30 minutes supplémentaires pour l'exercice facultatif 5.1 : Le réseau de référencement
Diapositives et exercices 	- Séance 5, diapositives 5.1 à 5.17 (20 minutes) <i>Les diapositives 5.10, 5.11 et 5.13 doivent être mises à jour avec des informations locales ou adaptées au contexte avant la séance.</i> - Exercice 5.1 : Le réseau de référencement (30 minutes) (facultatif) - Exercice 5.2 : Impact des politiques sur les soins dispensés (25 minutes) - Exercice 5.3 : Défaillance des réseaux de référencement (45 minutes)
Fournitures et documents à distribuer 	- Si vous incluez l'exercice 5.1 : » Imprimez ou lisez les instructions à l'attention des facilitateurs dans la ressource 5.1a, « Le réseau de référencement », figurant dans l'annexe A en ligne, intitulée « Ressources pour les facilitateurs ». » Imprimez un exemplaire de chacune des fiches de personnages de la ressource 5.1b figurant dans l'annexe A en ligne, intitulée « Ressources pour les facilitateurs » et pliez-les en deux. » Apportez une pelote de laine ou un fil solide (d'environ 10 mètres de long). - Aide-mémoire 5a. Modèle de tableau de référencement, disponible dans l'annexe B en ligne – Aide-mémoires pour les participants. Imprimez un exemplaire par personne participante. - Aide-mémoire 5b. Feuille de travail concernant les exigences juridiques et politiques essentielles, disponible dans l'annexe B en ligne – Aide-mémoires pour les participants. Imprimez un exemplaire du document rempli par la personne participante. <i>Les facilitateurs doivent remplir les informations demandées dans l'aide-mémoire suivant le cadre juridique et politique national, avant de l'imprimer et de le distribuer aux participants.</i> - Ressource 5.2 : Comprendre l'influence des politiques sur les soins – études de cas 1 à 4. Imprimez un exemplaire de chaque cas, à partir de l'annexe A en ligne – Ressources pour les facilitateurs (les participants forment quatre groupes). - Ressource 5.3 – Défaillance des réseaux de référencement – études de cas 1 à 3. Imprimez un exemplaire de chaque cas, à partir de l'annexe A en ligne – Ressources pour les facilitateurs (les participants forment trois groupes).
Lectures complémentaires 	Manuel clinique, pages 29 à 32 (section sur le soutien social et aide-mémoire sur le parcours de référencement)
Intervenants externes (facultatif) 	Intervenants externes à envisager (voir la section « Objectif et vue d'ensemble : Intervenants externes et personnes ressources » de ce document) - Partie portant sur le référencement : Invitez un(e) intervenant(e) d'un service local d'aide aux personnes survivantes, tel qu'une organisation non gouvernementale (ONG) proposant un soutien psychosocial. Vous pouvez également inviter la personne responsable de la coordination du sous-groupe sur la VBG ou le point focal du ministère local des femmes et de l'enfance à venir parler des services multisectoriels actuellement en place et disponibles dans votre zone.

Contenu de la séance

Présentation à l'aide des diapositives et d'une discussion encadrée (20 minutes, mais prévoyez 30 minutes si vous avez invité un[e] intervenant[e] externe)



Utilisez les **diapositives de la séance 5** pour présenter le contenu de la séance. Des détails supplémentaires figurent dans la section des notes de chaque diapositive (diapositives 5.1 à 5.17).

Comprendre le système de référencement

- **Discutez** des besoins des personnes survivantes auxquels les agents de santé ne pourront peut-être pas répondre. Prenez environ 5 à 10 minutes pour écouter les réponses et les commentaires des participants.
- Affichez la diapositive 5.5 et **expliquez** qu'il est essentiel pour la santé et la sécurité des personnes survivantes de les aider à accéder à ces services.
- Il convient de s'efforcer de mettre en relation les services de santé et les services de santé mentale, de soutien psychosocial et de prise en charge de la VBG, dans la mesure où ces services sont disponibles dans les contextes humanitaires.
- **Insistez** sur le fait qu'il est essentiel de connaître les services de référencement disponibles dans le contexte concerné, ainsi que les lois et les politiques qui peuvent influencer ces services, pour prodiguer des soins centrés sur les personnes survivantes.
- **Insistez** sur le fait que l'accès des personnes survivantes aux services de référencement fait partie intégrante des soins centrés sur ces personnes. Le personnel de santé doit faire tout son possible pour référer les patients dans les contextes humanitaires.
- **Renvoyez** les participants à l'aide-mémoire 5a : Annuaire de référencement. Facultatif : Invitez un(e) intervenant(e) externe à donner des informations plus détaillées sur les services de référencement locaux (prévoir 10 minutes supplémentaires).
- **Accordez** 10 à 12 minutes aux participants pour renseigner les informations qu'ils connaissent. Encouragez les participants à utiliser leur téléphone, à échanger des informations, à trouver et à consigner des informations concrètes telles que les numéros de contact, les horaires d'ouverture des services, etc. Lorsqu'ils ne sont pas en mesure d'indiquer une option de référencement connue et de qualité, les participants doivent être encouragés à se renseigner auprès de leurs superviseurs à leur retour au travail.

Dans de nombreuses situations d'urgence humanitaire, des systèmes formels de coordination et de référencement sont mis en place pour soutenir la prise en charge des agressions sexuelles et de la VPI, ainsi que pour maintenir un DMU pour la SSR.

Renseignez-vous sur les entités en place dans votre contexte et assurez-vous que les participants disposent d'informations sur les entités suivantes présentes dans leur contexte d'intervention et qu'ils comprennent leur fonctionnement :

- La personne chargée de la coordination de la SSR ;
- Les fonctions et les points d'entrée du sous-groupe sectoriel sur la VBG ;
- Les fonctions et les points d'entrée du cluster Protection.

Encouragez les participants à achever le remplissage de l'annuaire de référencement spécifique à leur lieu d'intervention en dehors des heures de formation active.

Contexte juridique et politique

- Décrivez le contexte juridique et politique ou invitez un(e) intervenant(e) externe à cette fin (diapositives 5.9 à 5.11). Renvoyez les participants à l'aide-mémoire 5b : Feuille de travail concernant les exigences juridiques et politiques essentielles.
- Soulignez les principales considérations réglementaires qui ont un impact direct sur la manière dont les services sont dispensés.
 - » Les Directives sur la PECV/VPI (2020) et le DMU pour la SSR préconisent de proposer des services d'avortement sécurisé accessibles aux survivantes d'agressions sexuelles qui tombent enceintes, dans les limites prévues par la loi. Des soins après avortement peuvent et doivent être proposés ou fournis dans tous les contextes lorsqu'ils sont cliniquement indiqués. Dans un contexte humanitaire, si les services d'avortement ne peuvent être fournis sur place, il convient de référer les patientes en temps opportun.
 - » L'OMS ne recommande pas le signalement obligatoire pour les adultes ayant survécu à une agression sexuelle ou à un incident de VPI. Le signalement obligatoire entrave l'accès des personnes survivantes à des soins de santé urgents et peut les dissuader de divulguer l'agression. Il est également contraire au principe d'auto-détermination.
 - » Le personnel de santé doit proposer d'aider les personnes survivantes à signaler la violence aux autorités compétentes et respecter leur choix. Dans certains contextes, les lois ou les politiques peuvent obliger le personnel de santé à effectuer le signalement. Il est important de connaître ces lois et d'en déterminer les conséquences dans le cadre des soins.
 - » Dans certains contextes, le signalement est obligatoire lorsqu'il s'agit d'enfants et d'adolescents, ce qui entraîne des conséquences pour l'accès aux soins de santé. En effet, les adolescents peuvent ne pas vouloir que leurs parents soient au courant, ou une personne peut ne pas vouloir signaler un abus sexuel sur un enfant dont elle s'occupe si l'auteur est un membre de la famille.

	» De même, les lois obligeant à signaler les agressions subies par les personnes survivantes présentant un handicap mental peuvent constituer un obstacle à l'accès aux services, et il faudra en évoquer les conséquences dans la pratique. » Il est important que les participants connaissent les dispositions légales et réglementaires de leur pays concernant les personnes autorisées à effectuer un examen médico-légal ou à recueillir des preuves, ainsi que la réglementation relative à la chaîne de conservation et à la durée de stockage des preuves médico-légales. » Dans un contexte humanitaire, il faudra également tenir compte des lois et des politiques relatives à la fourniture de soins de santé aux personnes survivantes qui n'ont pas de papiers d'identité ou de permis de séjour dans une juridiction donnée, mais qui ont tout de même besoin de services.
Exercice 5.1 : Le réseau de référencement (facultatif, 30 minutes) 	Objectif pédagogique de cet exercice • Comprendre comment un manque de coordination peut rendre le processus de référencement fastidieux et traumatisant pour la personne survivante. Instructions à l'attention des facilitateurs (ressource 5.1a) • Vous aurez besoin de huit volontaires. Si le groupe est très important, vous pouvez le scinder en deux. • Demandez à sept volontaires de former un cercle. Demandez à une huitième personne de se placer au centre du cercle et de jouer le rôle de Rose, une survivante de violences. Demandez aux autres participants d'observer la situation et de se préparer à faire part de leurs réflexions à la fin de l'exercice. • Distribuez à chaque volontaire du cercle une fiche de personnage assortie d'instructions. Donnez à Rose la fiche décrivant sa situation et une pelote de fil de couleur ou de laine. • Lisez au groupe l'histoire de Rose. Demandez à Rose de jouer son personnage et de s'approcher de sa sœur. Demandez-lui de donner l'extrémité du fil à sa sœur et de garder la pelote en main en la déroulant au gré de ses déplacements. • Demandez à la sœur de donner la réplique à Rose en suivant les instructions figurant sur sa fiche et en tenant l'extrémité de la ficelle. Ensuite, chaque personnage auquel Rose rend visite joue son rôle comme indiqué sur sa fiche. Rose donne le fil à chaque personne qu'elle rencontre, en déroulant le fil de la pelote au fur et à mesure. À la fin de l'exercice, Rose se trouvera au milieu d'un réseau de fils emmêlés. Discussion Posez les questions suivantes : • Observateurs : Qu'avez-vous remarqué en observant l'expérience de Rose ? • Rose : Qu'avez-vous ressenti en répétant votre histoire autant de fois ? • Autres personnages : Avez-vous eu le sentiment de pouvoir aider Rose ? • Ensemble du groupe : Cette situation est-elle réaliste ? Correspond-elle à ce qui se passe dans votre contexte ? Qu'aurait-on pu faire pour éviter cet enchevêtrement du fil ?
Exercice 5.2 : Impact des politiques sur les soins dispensés (25 minutes) 	Objectif pédagogique de cet exercice Réfléchir à des considérations particulières pour les dispositifs de référencement en fonction du type d'urgence humanitaire. Instructions à l'attention des facilitateurs (diapositive 5.14) • Utilisez une technique de regroupement pour créer quatre groupes de participants de taille égale. Distribuez une étude de cas issue de la ressource 5.2 à chaque groupe. • Expliquez les questions auxquelles les groupes doivent s'efforcer de répondre et répondez aux éventuelles demandes d'éclaircissements des participants. • Remarque : La question du consentement éclairé n'est abordée en détail qu'à partir de la séance 9. Assurez-vous que les participants comprennent la question A. Vous devrez peut-être souligner les points suivants : » Les personnes survivantes ont le droit et se doivent de comprendre les contraintes réglementaires qui influencent leurs choix afin de pouvoir donner leur consentement en connaissance de cause. » Les personnes survivantes ont le droit et se doivent de connaître les conséquences sur leurs choix futurs si elles consentent à un signalement ou à la collecte de preuves médico-légales. » Les personnes survivantes, quel que soit leur âge, ont le droit et se doivent de connaître les limites de la confidentialité avant de communiquer l'ensemble de leurs antécédents cliniques. • Laissez 10 à 15 minutes aux groupes pour discuter et noter leurs réponses. Chaque groupe disposera de 2 à 3 minutes pour présenter son travail en séance plénière. • Récapitulez les principales distinctions réglementaires et clarifiez toute confusion liée à la réglementation qui est survenue au cours des discussions de groupe et des présentations en plénière.

**Exercice 5.3 :
Défaillance
des réseaux de
référéncement
(45 minutes)**



Objectif pédagogique de cet exercice

- Réfléchir à des considérations particulières pour les dispositifs de référéncement en fonction du type d'urgence humanitaire.

Instructions à l'attention des facilitateurs (diapositive 5.15)

- Rédigez des questions sur une affiche pour faciliter la réflexion et la discussion sur les obstacles au référéncement auxquels sont confrontés le personnel de santé et autres prestataires de soins dans la situation de crise ou le contexte actuel(le). Donnez un tableau à feuilles mobiles ou une grande feuille de papier à chaque groupe.
 - » Quel a été l'impact de la crise sous-jacente sur les systèmes et réseaux de référéncement existants ?
 - » Qu'ont fait les agents de santé ou comment ont-ils agi différemment pour adapter le référéncement des patients en réponse à la situation de crise ?
 - » Quels types d'informations ou de soutien supplémentaires les agents de santé auraient-ils pu offrir pour faciliter un référéncement approprié et complet ?
- Présentez l'exercice en rappelant aux participants que la fourniture de soins en période de crise requiert de la créativité et de l'adaptabilité.
- Utilisez une méthode de comptage pour scinder les participants en trois groupes.
- Attribuez une étude de cas à chacun des groupes (imprimée à partir de la ressource 5.3). Laissez 30 minutes à chaque groupe pour prendre connaissance de son étude de cas, en discuter et prendre des notes en réponse aux questions.

Remarque : Si les participants ne maîtrisent pas la langue principale de la formation, demandez à un facilitateur ou à un(e) participant(e) qui la maîtrise de lire l'étude de cas à haute voix et de fournir toute traduction ou clarification terminologique nécessaire dans les langues locales. Les groupes devraient passer à la partie discussion de l'exercice après environ 10 minutes.

Discussion encadrée

Après l'exercice, réunissez tous les participants. Demandez à un(e) porte-parole de chaque groupe de présenter l'ensemble des réflexions issues de la discussion de groupe. Après la présentation du premier groupe, demandez aux autres de n'ajouter que des points qui n'ont pas été couverts par les groupes précédents.

Animez la discussion autour des thèmes suivants (15 minutes) :

- Confidentialité et sécurité dans le processus de référéncement.
- Identifier et surmonter les obstacles au référéncement (par exemple, le transport).

Cette discussion peut permettre d'identifier de nouvelles ressources, qui peuvent être partagées avec le groupe.

Clôture



Demandez aux participants s'ils ont des **questions ou des préoccupations**. Énoncez les **messages clés** (diapositive 5.16) :

- Des réseaux de référéncement actifs et à jour peuvent aider les personnes survivantes à accéder plus facilement aux services disponibles.
- Lorsque les réseaux de référéncement ne fonctionnent pas, le personnel de santé doit donner la priorité à la prestation de soins de santé et à la sécurité des personnes survivantes.
- N'oubliez pas que l'auto-détermination est au cœur de la procédure de référéncement.
- Le personnel de santé est tenu de connaître le contexte juridique et politique qui influe sur les soins dispensés.

Les personnes survivantes ont souvent des besoins complexes qui doivent être pris en charge par différents prestataires de services. Le personnel de santé peut proposer un référéncement vers d'autres services qui dépassent le cadre des soins qu'il fournit.

Séance 6. Identifier et prendre en charge la VPI

Préparation et informations générales	
Objectifs pédagogiques et compétences 	Objectif 3 : Démontrer des compétences cliniques adaptées au champ de pratique pour prendre en charge les agressions sexuelles et la VPI. Compétences : - Comprendre les exigences minimales à respecter pour que le personnel de santé soit en mesure d'identifier la VPI et de la prendre en charge de manière appropriée. - Reconnaître les signes et les symptômes de VPI dans diverses situations de soins, y compris lors des consultations de santé reproductive et de santé mentale. - Poser des questions appropriées sur la VPI.
Durée de la séance 	60 minutes
Diapositives et exercices 	- Séance 6, diapositives 6.1 à 6.17 (15 minutes) - Exercice 6.1 : Jeu de rôle sur la détection de la VPI (45 minutes)
Fournitures et documents à distribuer 	- Aide-mémoire 6a. Résumé du parcours de soins des survivantes de VPI - Aide-mémoire 6b. Exemples de questions relatives à la violence - Aide-mémoire 6c. Questions fréquemment posées sur la VPI Imprimez une copie de chaque aide-mémoire pour chaque personne, afin que les participants puissent s'y référer pendant la séance ; ils sont disponibles dans l'annexe B en ligne – Aide-mémoires pour les participants. - Ressource 6.1a : Jeu de rôle sur la détection de la VPI : démonstration des facilitateurs. Imprimez-en un exemplaire à utiliser pendant la séance. Les rôles seront joués par deux des facilitateurs de la formation. - Ressource 6.1b : Jeu de rôle sur la détection de la VPI. Imprimez autant d'exemplaires que nécessaire pour que chaque groupe de trois participants dispose de deux fiches (une femme adulte et une enfant/adolescente) ; disponible dans l'annexe A en ligne – Ressources pour les facilitateurs.
Contenu de la séance	
Contexte 	Rappelez aux participants que les agents de santé sont particulièrement bien placés pour aider les personnes survivantes de VPI. Les personnes survivantes viennent souvent se faire soigner sans avoir l'intention spécifique de parler de la violence. Les agents de santé sont généralement le premier point de contact professionnel de ces personnes. Dans cette séance, nous parlerons principalement des survivantes. En effet, les données disponibles montrent que si les hommes peuvent être des survivants, les femmes sont généralement davantage soumises à la violence sexuelle, à des violences physiques plus graves et à des actes de domination de la part de leurs partenaires intimes masculins. En tant que personnel de santé, vous pouvez suspecter des violences et identifier les survivantes. Expliquez aux participants que durant cette séance, ils commenceront à apprendre et à pratiquer la prise en charge des cas divulgués ou suspectés de VPI dans le cadre des soins. Il est important de garder à l'esprit que les survivantes de VPI se présentent le plus souvent avec un problème de santé sans révéler la violence subie. Il est donc essentiel d'apprendre à reconnaître les signes associés à la VPI et de créer un environnement dans lequel les patientes se sentent à l'aise pour la divulguer afin de pouvoir proposer une prise en charge. Il est important de reconnaître que dans les contextes où les taux de mariage des enfants sont élevés, il existe un lien entre le mariage des enfants et la VPI. Les adolescentes mariées ou en couple sont particulièrement exposées à la VPI.

**Présentation
à l'aide des
diapositives
(15 minutes)**



Utilisez les **diapositives de la séance 6** pour présenter le contenu de la séance. Des détails supplémentaires figurent dans la section des notes de chaque diapositive (voir le diaporama).

- Avant de poser des questions sur la violence, il faut mettre en place des exigences minimales, notamment des protocoles, des formations, des exigences en matière de respect de la privacité et de la confidentialité, et un système de référencement (diapositive 6.4).
- **Rappel** : L'OMS recommande de mener un interrogatoire clinique pour détecter la VPI. Le dépistage universel ou les interrogatoires de routine ne sont pas recommandés (diapositive 6.5).
- Les survivantes de VPI recherchent souvent des soins de santé pour des troubles émotionnels ou physiques associés (diapositive 6.6).
- Lorsque vous posez des questions sur la violence, abordez d'abord le sujet de manière indirecte (diapositive 6.8), puis de manière plus directe si cela est approprié (diapositive 6.9). Des exemples de déclarations pour se renseigner sur la violence, s'appuyant sur l'approche VIVRE, sont fournis dans l'aide-mémoire 6b. D'autres déclarations peuvent être utilisées, le cas échéant, et il n'est pas nécessaire de les utiliser toutes.
- Souvent, les femmes ne vous parleront pas de la violence (diapositive 6.10 – voir l'aide-mémoire 6c, « Questions fréquemment posées sur la VPI », pour des conseils sur la marche à suivre).
- Mettez l'accent sur les points suivants :
 - » Gardez à l'esprit les principes des soins centrés sur les personnes survivantes.
 - » Vos compétences en matière de communication verbale et non verbale sont importantes pour instaurer un climat de confiance lorsqu'une survivante est prête à divulguer les abus subis et à obtenir de l'aide.
 - » Il est possible qu'elle ne vous dise rien la première fois que vous le lui demanderez – ou qu'elle ne le fasse jamais – et vous devez respecter sa décision.
- **Renvoyez** les participants à l'aide-mémoire 6a (« Résumé du parcours de soins des survivantes de VPI »), où ils trouveront un protocole sommaire de prise en charge d'un(e) patient(e) après la divulgation d'un incident de VPI (diapositive 6.13).

**Exercice 6.1 :
Jeu de rôle sur
la détection
de la VPI
(45 minutes)**



Remarque à l'attention des facilitateurs : Reportez-vous aux instructions relatives aux jeux de rôle figurant à l'**annexe 4** pour savoir comment fournir des retours d'informations aux participants.

Objectif pédagogique de cet exercice (diapositive 6.14 et 6.15)

- S'entraîner à aborder le sujet de la violence et à poser des questions sur la violence de manière appropriée.

Partie A. Jeu de rôle sur la détection de la VPI : démonstration des facilitateurs.

Commencez par réaliser un jeu de rôle de démonstration (ressource 6.1a), ce qui nécessite deux facilitateurs. Le facilitateur A joue le rôle de l'agent(e) de santé et le facilitateur B celui de la patiente.

Interrompez la démonstration dès que la VPI est révélée. Invitez les participants à faire part de leurs réflexions sur ce que l'agent(e) de santé a bien fait et sur ce qu'il ou elle pourrait améliorer.

Partie B. Jeu de rôle sur la détection de la VPI : jeu de rôle effectué par les participants

Mise en place des jeux de rôle :

- Répartissez les participants en groupes de trois.
- Demandez à chaque groupe de se répartir les rôles : une personne jouera le rôle d'une patiente/survivante, une autre le rôle d'un(e) agent(e) de santé et une autre le rôle de personne observatrice chargée de fournir un retour d'informations aux deux autres.
- Distribuez un scénario adulte et un scénario enfant/adolescente uniquement aux participants jouant le rôle de la patiente. Cette personne doit être la seule à prendre connaissance des informations fournies. (Ressource 6.1b).

Expliquez ce qui suit :

- **Les patientes** lisent le scénario. Elles jouent le rôle de la survivante et décrivent leurs symptômes ou leurs troubles à l'agent(e) de santé. Elles ne partagent pas d'informations concernant la violence à moins que l'agent(e) de santé ne le leur demande et qu'elles ne se sentent à l'aise pour le faire. Les patientes peuvent inventer des détails qui ne figurent pas dans le scénario, mais elles doivent réagir de manière réaliste au comportement et aux questions de l'agent(e) de santé.
- **Le travail de l'agent(e) de santé** consiste à fournir des soins et à poser des questions pertinentes. Si nécessaire, il ou elle aborde le sujet de la violence ou pose des questions sur la violence.
- **Le rôle de la personne observatrice** consiste à fournir un retour d'informations à l'agent(e) de santé sur sa façon d'interroger la patiente sur la violence. Elle doit prêter attention aux questions posées ainsi qu'à l'ensemble de la communication verbale et non verbale.
- **Rappelez** aux participants que, pour l'instant, ils ne font que s'entraîner à poser des questions sur la violence.

Suggestion à l'attention des facilitateurs : Faites le tour de la salle et demandez (discrètement) à au moins un(e) survivant(e) de ne pas révéler la violence. Cela permettra à l'agent(e) de santé d'exercer ses compétences en matière de soutien fourni à la patiente, même si celle-ci ne divulgue pas les violences subies.

Après 5 minutes de jeu de rôle, ou après la divulgation de la violence si elle a eu lieu plus tôt, la personne observatrice doit mettre fin à l'exercice et **discuter des questions suivantes pendant 5 minutes** :

- Comment la personne jouant le rôle de la survivante s'est-elle sentie en parlant à l'agent(e) de santé ?
- Quels commentaires la personne observatrice peut-elle formuler sur la façon dont l'agent(e) de santé a posé les questions, sur la façon dont il ou elle a répondu à la survivante et sur sa communication non verbale ?
- Selon l'agent(e) de santé, quelles autres actions pourraient aider la patiente ?

Demandez aux participants de changer de rôle et d'effectuer un autre jeu de rôle.

Après le deuxième jeu de rôle, animez une discussion avec l'ensemble du groupe pour faire le point sur leur expérience (20 minutes). Vous pouvez utiliser les questions directrices suivantes :

- Pour les personnes qui ont joué le rôle des patientes, qu'avez-vous ressenti face aux questions sur la violence ?
 - » **Approfondissement** : Avez-vous révélé des abus ? Pourquoi ou pourquoi pas ?
 - » **Approfondissement** : Qu'avez-vous ressenti lorsque vous avez divulgué la violence ?
- Pour les personnes qui ont joué le rôle de l'agent(e) de santé, qu'avez-vous ressenti en posant des questions sur la violence ?
 - » **Approfondissement** : Qu'est-ce qui vous a fait soupçonner une possible situation de violence ?
 - » **Approfondissement** : Avez-vous hésité à poser la question ? Si oui, pourquoi ?
 - » **Approfondissement** : Qu'avez-vous ressenti lorsque la patiente a divulgué la violence subie, ou lorsqu'elle ne l'a pas fait ?
- Pour les personnes observatrices, qu'avez-vous ressenti face à la scène ?
 - » **Approfondissement** : Comment était la communication verbale et non verbale ? Comment la personne jouant le rôle de l'agent(e) de santé a-t-elle communiqué ou non son soutien ?
 - » **Approfondissement** : Qu'avez-vous remarqué à propos de la volonté de la patiente à divulguer la violence subie ? A-t-elle hésité ?
 - » **Approfondissement** : Qu'est-ce que l'agent(e) de santé aurait pu faire de mieux dans cette situation ?
- Questions à poser à l'ensemble des participants : Avez-vous réagi différemment lors du scénario mettant en scène une adolescente ?
- Questions à poser à l'ensemble des participants : Qu'avez-vous remarqué sur la façon dont le contexte humanitaire a influencé le risque de VPI de la patiente ?
 - » **Approfondissement** : En quoi le contexte humanitaire a-t-il influencé la volonté de la survivante de se faire soigner ?
 - » **Approfondissement** : Comment le contexte a-t-il influé sur le niveau de risque de VPI de la survivante ?
 - » **Approfondissement** : En quoi le contexte humanitaire a-t-il modifié les effets de la violence sur la santé ?

Clôture



Demandez aux participants s'ils ont des **questions ou des préoccupations**.

Énoncez les **messages clés** (diapositive 6.16) :

- La VPI est détectée en prêtant attention aux éventuels signes cliniques.
- Commencez par poser des questions générales sur les relations, la situation à la maison, etc.
- Posez des questions sur la violence avec compassion et sans porter de jugement.
- Beaucoup de personnes survivantes ne divulguent rien ; les agents de santé jouent cependant un rôle important en fournissant des informations et en instaurant un climat de confiance.
- Les compétences en matière de communication verbale et non verbale sont essentielles.
- L'écoute active et empathique est une source de soutien clé.
- Les compétences s'améliorent avec la pratique.

Séance 7. Soutien de première ligne avec l'approche VIV(RE), partie 1 : Vraiment écouter, s'Informer, Valider

Préparation et informations générales	
Objectifs pédagogiques et compétences 	Objectif 3 : Démontrer des compétences cliniques adaptées au champ de pratique pour prendre en charge les agressions sexuelles et la VPI. Compétences : • Connaître le contenu du soutien de première ligne (VIVRE). • Démontrer des compétences pour mettre en oeuvre les trois premiers éléments (vraiment écouter, s'informer sur les besoins et les préoccupations, et valider) du soutien de première ligne aux personnes survivantes qui divulguent des abus.
Durée de la séance 	90 minutes
Diapositives et exercices 	• Séance 7, diapositives 7.1 à 7.18 (15 minutes) • Démonstration de l'identification de la violence et des étapes VIV de l'approche VIVRE, suivie d'une discussion encadrée (15 minutes) • Exercice 7.1 : Montrer la vidéo en ligne « Prise en charge de la violence exercée par un partenaire intime - VIV ». Ou bien, deux facilitateurs peuvent réaliser un jeu de rôle, en reprenant le scénario utilisé dans la séance 6 mais en se concentrant sur les étapes VIV. • Exercice 7.2 : Jeu de rôle sur l'approche VIV(RE), partie 1 (50 minutes)
Fournitures et documents à distribuer 	• Ressource 7.2 : Scénarios pour la pratique du protocole VIV(RE) : scénarios 1 à 4. Imprimez suffisamment de fiches à partir de l'annexe A en ligne, « Ressources pour les facilitateurs », afin que chaque groupe de trois participants reçoive une fiche (vous devrez peut-être imprimer plus d'un ensemble de fiches). • Affiche ou petite carte de poche résumant les étapes VIVRE (soutien de première ligne) • Utilisez l'aide-mémoire 3a : Cartes de poche VIVRE (fournies précédemment lors de la séance 3). • Aide-mémoire 7b. VIVRE + EPO À imprimer à partir de l'annexe B en ligne – Aide-mémoires pour les participants.
Lectures complémentaires 	• Manuel clinique, pages 13 à 24

Contenu de la séance

Présentation à l'aide des diapositives (15 minutes)



Utilisez les **diapositives de la séance 7** pour présenter le contenu de la séance. Des détails supplémentaires figurent dans la section des notes de chaque diapositive (voir le diaporama).

Soutien de première ligne

- Le soutien de première ligne est le type de soins le plus important que vous puissiez dispenser.
- Rappelez aux participants de se référer à l'aide-mémoire 3a (« Cartes de poche VIVRE ») et dites-leur qu'ils peuvent toujours imprimer de nouvelles cartes de poche en utilisant cette page après la formation.
- Le soutien de première ligne correspond à la prise en charge minimale essentielle de toute forme de violence sexuelle, y compris une agression sexuelle et la VPI, ainsi que d'autres formes de VBG. Il s'agit d'une adaptation des premiers secours psychologiques dispensés dans le cadre des soins de SMSPS dans tous les contextes, notamment dans les situations d'urgence humanitaire. Il peut être proposé à tous les niveaux du système de santé, même lorsqu'il n'est pas possible de dispenser d'autres soins, par exemple une procédure médico-légale. L'acronyme VIVRE aidera les participants à se souvenir des éléments constitutifs du soutien de première ligne.
- L'acronyme VIVRE signifie : Vraiment écouter ; s'Informer sur les besoins et les préoccupations ; Valider les expériences des personnes survivantes ; Renforcer la sécurité ; et l'Entourage (diapositive 7.4).
- Les étapes VIVRE constituent un soutien de première ligne pour toutes les personnes survivantes de violence sexuelle et de VPI. Cette séance couvre les premières composantes – VIV – du soutien de première ligne. La deuxième partie – RE – est traitée dans la séance 8.
- L'approche VIVRE convient pour toutes les personnes survivantes, quel que soit leur âge. Lorsque vous apportez un soutien de première ligne à des enfants et adolescents, vous devez par ailleurs veiller à ce que l'environnement leur soit adapté et à ce que les personnes s'occupant d'eux soient également soutenues (diapositives 7.5 et 7.6). Ces adaptations aboutissent à un modèle appelé VIVRE + EPO, qui rappelle aux agents de santé qu'ils doivent instaurer un environnement adapté aux enfants et aux adolescents (E), et proposer un soutien aux personnes qui s'occupent d'eux (PO) n'ayant pas commis de violences.
- **Écouter**, ce n'est pas seulement écouter les propos d'une personne survivante. L'écoute est la composante la plus importante d'une communication de qualité et la base du soutien de première ligne. Elle donne à la personne survivante la possibilité de dire ce qu'elle souhaite à une personne bienveillante qui veut l'aider. Cela doit avoir lieu dans un endroit sûr et privé (diapositives 7.11 et 7.12).
- L'étape suivante consiste à **s'informer** sur les besoins et les préoccupations de la personne survivante avec bienveillance, en la plaçant au centre des décisions (diapositives 7.13 et 7.14).
- Ensuite, il convient de **valider** les propos – montrer que vous comprenez ce que dit la personne et que vous la croyez sans la juger ni poser de conditions (diapositive 7.15).
- **Renvoyez** les participants à l'aide-mémoire 6b, « Exemples de questions relatives à la violence ».

Renvoyez les participants à l'aide-mémoire 7b, où ils trouveront les éléments de l'approche VIVRE + EPO ainsi qu'une liste complète de principes pour proposer un soutien de première ligne aux enfants et adolescents.

Des lignes directrices détaillées sur la prise en charge des enfants et des adolescents ayant survécu à des abus sexuels figurent dans le document *Intervenir en cas de maltraitance des enfants : Manuel clinique destiné aux professionnels de santé*.

Exercice 7.1 Démonstration vidéo des étapes VIV et discussion encadrée (15 minutes)



Présentez la démonstration en encourageant les participants à repérer les compétences de communication et les parcours mis en évidence dans l'aide-mémoire 7a et dans les étapes VIV en particulier (diapositive 7.4). Incitez-les à réfléchir à la manière dont ils pourraient communiquer ces mêmes points avec leurs propres mots.

Lancez la démonstration vidéo (diapositive 7.16) des bonnes pratiques pour les composantes VIV de l'approche VIVRE (3 minutes). <https://youtu.be/S1-rYVlwFE>

Discussion encadrée (10 minutes)

Demandez aux participants de réfléchir à chacun des éléments VIV :

- Comment l'agente de santé a-t-elle fait preuve d'écoute ?
 - » Quels indices non verbaux ont été utilisés ?
 - » Que pourrait-on faire d'autre ?
- Comment l'agente de santé s'est-elle informée des besoins et préoccupations de la personne ?
 - » Quels types de questions a-t-elle utilisées ?
 - » Cela pourrait-il être fait autrement ?
- Comment l'agente de santé a-t-elle validé les propos de la personne survivante ?
 - » Cela pourrait-il être fait autrement ?

Exercice 7.2
Jeu de rôle
sur l'approche
VIV(RE), partie 1
(50 minutes)



Remarque à l'attention des facilitateurs : Voir l'[annexe 4](#), « Fournir un retour d'informations aux participants aux jeux de rôle ».

Objectif pédagogique de cet exercice

- Renforcer les compétences nécessaires pour les éléments VIV du soutien de première ligne.

Instructions à l'attention des facilitateurs (diapositive 7.17)

- **Répartissez les participants** en groupes de trois. Commencez par demander à chaque groupe de décider qui jouera le rôle de la personne survivante, de l'agent(e) de santé et de la personne observatrice.
- **Distribuez** les quatre scénarios (ressource 7.2) aux « personnes survivantes ». La personne jouant ce rôle doit lire le scénario.
 - » Le rôle de la personne survivante est d'expliquer à l'agent(e) de santé la raison de sa présence et de répondre aux questions de l'agent(e) de santé.
 - » Selon le scénario choisi, l'agent(e) de santé doit poser des questions sur la violence et apporter un soutien de première ligne à la personne survivante en utilisant ce qu'il ou elle a appris sur l'approche VIV(RE).
 - » Le rôle de la personne observatrice consiste à observer la communication verbale et non verbale entre l'agent(e) de santé et la personne survivante et, à la fin du jeu de rôle, à fournir un retour d'informations à l'agent(e) de santé sur sa capacité à mettre en œuvre les trois premiers éléments du soutien de première ligne.
- **Dites aux personnes survivantes et aux agents de santé de se consacrer au jeu de rôle pendant 5 à 10 minutes.** Ils ne doivent pas dépasser les trois premières étapes du soutien de première ligne.
- Après que la personne survivante et les observateurs auront donné leur avis à l'agent(e) de santé, les membres du groupe doivent **changer de rôle** et refaire l'exercice en utilisant un autre scénario.
- En plénière, animez une discussion de groupe pour faire le point sur l'expérience des participants (30 minutes). Vous pouvez utiliser les questions directrices suivantes :
 - » Pour les personnes qui ont joué le rôle des **personnes survivantes** :
 - Qu'avez-vous ressenti lorsque l'agent(e) de santé vous a posé des questions sur la violence ?
 - Avez-vous divulgué des violences ? Pourquoi ou pourquoi pas ?
 - » Pour les **agents de santé** :
 - Comment avez-vous interrogé la personne survivante au sujet de son expérience de la violence ?
 - Qu'avez-vous ressenti lorsque la personne survivante a divulgué la violence ?
 - Qu'avez-vous dit à la personne survivante qui a divulgué des violences ?
 - Si aucune information n'a été divulguée, comment avez-vous décidé de ne plus poser de questions sur la violence ? Comment avez-vous laissé la porte ouverte à une discussion plus approfondie ?
 - » Pour les **observateurs** :
 - Comment était la communication non verbale ?
 - Dans quelle mesure la personne survivante était-elle disposée à parler de son expérience de la violence ? Pourquoi ?

Renvoyez les participants vers les questions fréquemment posées qui figurent aux pages 34 à 37 du Manuel clinique.

Clôture



Demandez aux participants s'ils ont des **questions ou des préoccupations**. Énoncez les **messages clés** (diapositive 7.18) :

- Comme nous l'avons noté tout au long de la formation, l'écoute active et l'approche VIVRE peuvent représenter des outils thérapeutiques efficaces pour les personnes survivantes. Pour certaines personnes, le soutien de première ligne offre l'aide dont elles ont besoin pour avancer.
- Minimisez les distractions et concentrez-vous sur votre patient(e) pour assurer la meilleure communication possible.
- Entraînez-vous à appliquer les étapes VIV de l'approche VIVRE et réfléchissez aux mots que vous pourriez employer pour fournir un soutien de première ligne.

Séance 8. Soutien de première ligne avec l'approche VIV(RE), partie 1 : Renforcer la sécurité et l'Entourage

Préparation et informations générales	
Objectifs pédagogiques et compétences 	Objectif 3 : Démontrer des compétences cliniques adaptées au champ de pratique pour prendre en charge les agressions sexuelles et la VPI. Objectif 4 : Savoir accéder aux ressources et au soutien pour les patients et pour soi-même. Compétences : - Démontrer les compétences nécessaires pour évaluer les risques immédiats et les conditions de sécurité, et pour appuyer la planification de la sécurité, y compris pour les enfants et les adolescents ayant survécu à des abus sexuels. - Connaître les ressources disponibles au sein de la communauté et dans le cadre d'une intervention humanitaire coordonnée. - Savoir collaborer avec les partenaires pour aider les personnes survivantes à accéder à d'autres services et les référer. - Démontrer les compétences nécessaires pour fournir des services de référencement bienveillants, dans la mesure du possible.
Durée de la séance 	120 minutes
Diapositives et exercices 	- Séance 8, diapositives 8.1 à 8.16 (30 minutes) - Exercice 8.1. Mise en œuvre pratique de l'approche (VIV)RE (20 minutes) - Exercice 8.2 : Jeu de rôle sur l'approche (VIV)RE, partie 2 (60 minutes)
Fournitures et documents à distribuer 	- Aide-mémoire 8a. Outil d'évaluation des risques de sécurité en cas de VPI - Aide-mémoire 8b. Outil de planification de la sécurité - Ressource 8.1 : Jeu de rôle sur l'approche (VIV)RE, partie 2 : scénarios 1 à 4. À imprimer à partir de l'annexe A en ligne – Ressources pour les facilitateurs. - Aide-mémoire 8c. Considérations particulières pour les enfants et les adolescents : VIVRE + EPO - Aide-mémoire 8d. Évaluer la capacité des adolescents à prendre des décisions autonomes - Imprimez les aide-mémoires (un par personne participante) à partir de l'annexe B en ligne – Aide-mémoires pour les participants.
Lectures complémentaires 	- Manuel clinique, pages 25 à 33 <i>Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines</i> (2017 ; pages 15 à 17), disponible à l'adresse suivante : https://www.who.int/publications/i/item/9789241550147 (ci-après « Directives sur la prise en charge des enfants ayant subi des abus sexuels »).
Contenu de la séance	
Contexte 	Présentez la séance en rappelant aux participants l'importance du référencement et des considérations en la matière, ce qui a été mentionné lors de la séance 6. Lors de la séance 7, les participants ont acquis les compétences nécessaires pour les trois premiers éléments de l'approche VIVRE (<u>V</u>raiment écouter, s'<u>I</u>nformer sur les besoins et les préoccupations, <u>V</u>alider). Cette séance couvrira les compétences et la mise en pratique des deux derniers éléments de l'approche VIVRE (<u>R</u>enforcer la sécurité et l'<u>E</u>ntourage). La conversation sera plus efficace et plus confortable pour vous et votre patient(e) si vous entretenez une communication empathique et active.

**Présentation
à l'aide des
diapositives
(15 minutes)**



Utilisez les **diapositives de la séance 8** pour présenter le contenu de la séance. Des détails supplémentaires figurent dans la section des notes de chaque diapositive (voir le diaporama).

Présentez les étapes 4 et 5 de l'approche VIVRE (Renforcer la sécurité et l'Entourage) en rappelant aux participants que si le soutien de première ligne se déroule le plus souvent et le plus efficacement dans l'ordre des étapes indiqué par l'acronyme VIVRE, les besoins et les priorités des personnes survivantes, ainsi que le jugement médical du personnel de santé, doivent toujours éclairer le déroulement de la rencontre (diapositive 8.4).

Renforcer la sécurité

- Lors de l'évaluation de la sécurité après une agression sexuelle ou un incident de VPI, **déterminez** si les personnes survivantes se sentent en sécurité pour retourner à leur domicile. N'oubliez pas qu'une personne survivante peut être confrontée à un risque immédiat, mettant sa vie en danger, au moment de la divulgation. Les agents de santé peuvent poser aux personnes survivantes des questions telles que : « Pensez-vous pouvoir arriver à votre prochaine destination en toute sécurité après avoir quitté l'établissement de santé aujourd'hui ? Est-il sûr pour vous de rentrer chez vous aujourd'hui ? ». Si la personne craint pour sa sécurité, prenez-la au sérieux. N'oubliez pas de lui demander si elle peut compter sur le soutien d'une personne de son entourage.
- **Utilisez** l'aide-mémoire 8a (« Évaluation des risques de sécurité en cas de VPI ») pour déterminer si les formes de violence les plus récentes subies par la personne suggèrent un risque élevé de préjudice grave (diapositive 8.5).
- Les personnes survivantes peuvent souhaiter retourner à leur domicile malgré la menace de violence. Les agents de santé peuvent aider les personnes survivantes à identifier les stratégies qui ont permis de désamorcer la violence dans le passé et de réduire le risque d'atteinte à la vie en utilisant l'aide-mémoire 8b (« Outil de planification de la sécurité »). Si la personne survivante est prête à quitter le foyer, l'outil peut également être utilisé pour éclairer une conversation avec elle sur la manière de le faire en toute sécurité.
- **Passez en revue** l'aide-mémoire 8b, « Outil de planification de la sécurité », avec les participants. Insistez sur le fait qu'il faut de la pratique pour acquérir les compétences nécessaires afin d'aider une personne survivante à élaborer un plan de sécurité. Les participants auront bientôt l'occasion de s'exercer dans le cadre de jeux de rôle. Toutefois, lorsqu'ils gagnent en confiance, les agents de santé ne doivent pas hésiter à référer les personnes survivantes vers un(e) collègue/spécialiste pour ce service.
- Pour éviter de mettre les personnes survivantes en danger, veillez à respecter la privacité et la confidentialité.

Fournir un soutien social (diapositive 8.8)

- Les agents de santé jouent un rôle important en mettant les personnes survivantes en relation avec les ressources dont elles ont besoin et en les encourageant à chercher un soutien à travers un processus de référencement bienveillant. **Discutez avec la personne survivante** de ce qui est le plus important pour elle, et aidez-la à identifier et à examiner les options qui s'offrent à elle.
- **Utilisez et mettez à jour** l'annuaire de référencement fourni (aide-mémoire 5a) comme base pour faciliter l'accès au soutien social formel. Les personnes survivantes peuvent également préférer s'appuyer sur leurs réseaux informels.
- **Demandez** comment le prestataire a facilité l'accès au soutien social, aussi bien informel que formel.
- **Demandez** ce que l'on pourrait faire d'autre. Que feriez-vous différemment ? De même ?

**Exercice 8.1
Démonstration
des facilitateurs –
(VIV)RE
(20 minutes)**



Réalisez un jeu de rôle (diapositive 8.9) avec la personne chargée de faciliter la formation avec vous pour montrer comment évaluer et renforcer la sécurité d'une personne survivante et faciliter le soutien social (les éléments R et E de l'approche VIVRE). Utilisez l'un des scénarios de la ressource 8.1, en vous concentrant sur l'utilisation d'un outil de planification de la sécurité (voir l'aide-mémoire 8b) pour **Renforcer la sécurité** (10 minutes).

Demandez aux participants de réfléchir à chaque élément des étapes R et E, et **animez une discussion** sur les questions suivantes (10 minutes) :

- Comment l'agent(e) de santé a-t-il ou elle abordé la question de la sécurité ?
- Comment l'agent(e) de santé a-t-il ou elle respecté les décisions de la personne survivante ?

Présentation à l'aide des diapositives (15 minutes) 	Considérations particulières pour les enfants et les adolescents (diapositives 8.10 à 8.13) • Mettez en évidence les principes directeurs, notamment l'adaptation de la communication à l'âge et au stade de développement ; le fait de permettre à l'enfant de participer aux soins ; et la prise en compte du devoir de diligence en matière de protection de l'enfance. • Renvoyez les participants à l'aide-mémoire 8c Considérations particulières pour les enfants et les adolescents : VIVRE + EPO. • Rappelez aux participants les considérations juridiques et réglementaires spécifiques qui peuvent avoir un impact sur le consentement éclairé et le signalement obligatoire. • Discutez des considérations particulières à prendre en compte lorsque l'on apporte un soutien de première ligne aux enfants et aux adolescents, et donnez des conseils en la matière. Il faut notamment assurer une communication centrée sur l'enfant ou l'adolescent(e) – le E – et faire participer la ou les personnes s'occupant de l'enfant ou de l'adolescent(e) – les lettres PO de VIVRE + EPO. Un résumé des conseils et des principes directeurs figure dans l'aide-mémoire 8c. • Discutez de la participation appropriée à la prise de décisions en fonction du stade de développement de l'enfant/adolescent(e). Renvoyez les participants à l'aide-mémoire 8d (10 minutes).
Exercice 8.2 : Jeu de rôle sur l'approche (VIV) RE, partie 2, et discussion (60 minutes) 	Objectif pédagogique de cet exercice (diapositive 8.14) • Mettre en pratique les compétences permettant d'évaluer et d'assurer la sécurité, ainsi que de mettre la personne survivante en relation avec un soutien social formel et informel. Instructions à l'attention des facilitateurs • Répartissez les participants en binômes. Distribuez deux scénarios à chaque binôme, en veillant à ce que chaque personne reçoive un scénario différent. • Décidez qui jouera d'abord le rôle de l'agent(e) de santé et qui jouera le rôle de la personne survivante. L'agent(e) de santé doit se présenter et demander ce qui a amené la personne survivante à venir pour une consultation. • La personne survivante utilisera les notes de scénario fournies pour résumer son histoire et ses préoccupations actuelles. • Écoutez la divulgation de la violence et apportez un soutien de première ligne à votre patient(e) en mettant l'accent sur l'évaluation et le renforcement de la sécurité et sur la facilitation de l'accès à un soutien social (étapes R et E de l'approche VIVRE). Pour gagner du temps et mettre en pratique les bonnes compétences, partez du principe que les premières étapes de la prise en charge ont déjà été réalisées et passez directement aux deux dernières étapes de l'approche VIVRE. Utilisez l'aide-mémoire 8b pour éclairer et documenter le plan de sécurité que vous aidez la personne survivante à élaborer. • Au bout d'une vingtaine de minutes, les membres du binôme doivent inverser les rôles et refaire l'exercice en utilisant l'autre scénario. Discussion encadrée en plénière (20 minutes) Demandez aux groupes de discuter de leurs jeux de rôle. Vous pouvez utiliser les questions suivantes : • Pour les patients : » Qu'avez-vous pensé de la façon dont l'agent(e) de santé a réagi à votre situation et à vos besoins ? Avez-vous eu le sentiment d'être écouté(e) ? Pourquoi ou pourquoi pas ? » Dans quelle mesure les conseils de sécurité et les recommandations concernant l'accès au soutien social étaient-ils adaptés à votre situation et à vos priorités ? • Pour les agents de santé : » Dans quelle mesure vous êtes-vous senti(e) à l'aise pour évaluer et renforcer la sécurité de votre patient(e) et pour faciliter l'accès au soutien social ? » Parlez-nous des difficultés que vous avez rencontrées lors de vos échanges sur la sécurité et le soutien social.
Clôture 	Demandez aux participants s'ils ont des questions ou des préoccupations. Énoncez les messages clés (diapositive 8.15) : • Évaluez le risque de préjudice immédiat pour la personne survivante à la suite de toute révélation d'abus. Si la personne survivante est en grand danger, aidez-la à identifier des possibilités d'assurer sa sécurité personnelle avant qu'elle ne quitte l'établissement de santé. • L'évaluation des risques peut aider à comprendre les besoins immédiats des femmes en matière de sécurité. • Croyez votre patiente lorsqu'elle vous dit qu'elle court un grave danger. • La liaison avec les services de soutien est une composante essentielle de la réponse à la violence. • Proposez toujours des services de référencement qui répondent aux besoins qu'elle a évoqués. • Dans la mesure du possible, effectuez vos référencements de manière bienveillante. • La conversation sera plus efficace et confortable pour les deux parties si vous entretenez une communication empathique et active. • Impliquez si possible les enfants et les adolescents dans l'identification de leurs besoins en matière de soutien.

Séance 9. Prise en charge clinique des personnes survivantes d'agressions sexuelles, partie 1 : consentement éclairé et anamnèse

Préparation et informations générales	
Objectifs pédagogiques et compétences 	Objectif 3 : Démontrer des compétences cliniques adaptées au champ de pratique pour prendre en charge les agressions sexuelles et la VPI. Compétences : - Comprendre le processus de consentement éclairé en quatre étapes. - Démontrer les compétences nécessaires pour recueillir les antécédents médicaux, y compris ceux d'enfants ou d'adolescents ayant survécu à des abus sexuels.
Durée de la séance 	90 minutes
Diapositives et exercices 	- Séance 9, diapositives 9.1 à 9.21, y compris les vidéos (45 minutes) - Exercice 9.1 : Comment et quand proposer un examen médico-légal et une collecte de preuves ? (y compris les vignettes pour la séance de réflexion en groupe, diapositives 9.9 à 9.11) (20 minutes). - Exercice 9.2 : Jeu de rôle sur l'anamnèse (45 minutes)
Fournitures et documents à distribuer 	- Vidéos du Comité international de secours (IRC) (intégrées dans le diaporama : diapositive 17), disponibles à l'adresse suivante : https://rescue.app.box.com/s/r5w6pfzqdvgyg87lroagisa5i5sio03/file/1121630865687. - Ressource 9.2 : Jeu de rôle sur l'anamnèse : scénarios 1 à 3. Imprimez les ressources à partir de l'annexe A en ligne – Ressources pour les facilitateurs. - Aide-mémoire 9a. Exemple de formulaire d'anamnèse. À imprimer à partir de l'annexe B en ligne – Aide-mémoires pour les participants.
Lectures complémentaires 	Directives sur la prise en charge des enfants ayant subi des abus sexuels (2017 ; pages 20 à 22), disponibles (en anglais) à l'adresse suivante : https://www.who.int/publications/i/item/9789241550147.
Contenu de la séance	
Contexte 	Il s'agit de la première d'une série de trois séances portant sur la prise en charge minimale essentielle des personnes survivantes d'agressions sexuelles. Il peut être plus difficile pour une personne survivante de révéler un viol, une agression sexuelle ou un abus si elle connaît l'auteur ou si elle lui faisait confiance (par exemple, dans le cas d'un partenaire intime, d'un membre de la famille ou d'un parent, d'une connaissance ou d'un professeur d'école) que si l'auteur est un étranger. Le personnel de santé doit en tenir compte lorsqu'il pose des questions. Par ailleurs, des considérations particulières s'appliquent concernant les enfants ou les adolescents ayant survécu à des viols, des agressions ou des abus sexuels. De même, des considérations particulières s'appliquent aux hommes ayant survécu à une agression sexuelle, à un viol ou à des abus. Le personnel de santé doit connaître les lois et les politiques nationales relatives au viol, aux agressions ou aux abus sexuels, notamment les lois et les politiques relatives aux preuves médico-légales. Il doit également connaître les protocoles ou les procédures opérationnelles standard. Rappelez aux participants que l'un des principes directeurs de l'anamnèse et de l'examen consiste à éviter de traumatiser à nouveau la personne survivante. La possibilité de procéder à un examen médico-légal et à la collecte de preuves, ainsi que les indications ou les contre-indications en la matière, doivent être évoquées dans le cadre du processus de consentement éclairé avant de procéder à une anamnèse détaillée.

**Présentation
à l'aide des
diapositives
(15 minutes)**



Utilisez **les diapositives de la séance 9** pour présenter le contenu de la séance. Des détails supplémentaires figurent dans la section des notes de chaque diapositive (voir le diaporama).

- **Commencez** en donnant un aperçu des étapes de la PECV.
- L'accent doit être mis sur le recueil du récit de l'agression sexuelle et sur l'évaluation de l'état émotionnel de la personne survivante.
- Soulignez que l'anamnèse constitue l'aspect le plus important de la prise en charge. Elle doit orienter l'examen et les soins à proposer.
- **Insistez sur le fait que** lors de chaque rencontre, les antécédents et les souhaits des personnes survivantes doivent guider la consultation et l'examen. Si rien n'indique qu'il faille procéder à un examen génito-anal, ne le faites pas. Les agressions sexuelles n'impliquent pas toujours les organes génitaux des personnes survivantes.
- **Passez en revue** l'ensemble des lois dont il convient d'informer les personnes survivantes pour garantir leur consentement éclairé lors de la consultation, notamment celles relatives à l'obligation de signalement ou à la procédure judiciaire, abordées à la séance 5.
- **Invitez les participants** à échanger sur les pratiques qu'il est possible de mettre en œuvre pour s'assurer du consentement éclairé des enfants ou adolescent(e)s pris(e)s en charge. Révélez ensuite le contenu de la diapositive 9.7.
- **Insistez sur** l'importance de bien informer les survivant(e)s du devoir de signalement auquel les agents de santé sont soumis, ainsi que des limites du secret médical, avant de recueillir leur anamnèse.
- **Expliquez** l'importance d'informer les personnes survivantes de l'obligation de signalement ainsi que des lois régissant le recueil, la conservation et l'exploitation des preuves médico-légales, afin qu'ils puissent consentir en connaissance de cause à l'anamnèse.
- **Déterminez** si la personne survivante souhaite signaler les faits à la police.
- **Informez** la personne de ce qu'elle doit savoir pour lui permettre décider si elle souhaite ou non se soumettre à un examen médico-légal, en fonction de la date du viol/de l'agression sexuelle et de l'existence d'un laboratoire d'analyses médico-légales.
- Cette séance porte uniquement sur l'examen médical et sa documentation. La question du recueil de preuves médico-légales est abordée plus avant à la séance 15 (optionnelle).

Il ne faut pas oublier que des personnes de toutes identités de genre peuvent subir des agressions sexuelles. Les faits montrent que dans certaines situations d'urgence humanitaire, en particulier les conflits, la prévalence de la violence sexuelle à l'égard des hommes peut être élevée.

Il est important de garder à l'esprit que l'examen et le traitement doivent se fonder sur les faits décrits par les survivant(e)s. Dans les cas où seule une pénétration orale est évoquée, un examen pelvien n'est pas forcément nécessaire, mais une prophylaxie postexposition doit être proposée.

**Exercice 9.1
Discussion guidée
sur le recueil
de preuves
médico-légales
(20 minutes)**



- Débattez avec les participants de la pertinence de proposer le recueil de preuves médico-légales dans chacun des deux scénarios présentés (diapositives 9.9 à 9.11). Prenez 15 minutes par scénario. Abordez les points suivants s'ils ne sont pas évoqués par les participants :

» Un certificat médico-légal peut-être rédigé, lorsque ce dernier est obligatoire, sans qu'il soit nécessaire de procéder au recueil de preuves médico-légales.

La plupart du temps, dans les contextes humanitaires, un examen médico-légal complet et le recueil de preuves ne présentent aucun intérêt. L'examen clinique des patients et la documentation complète de leurs blessures sont généralement suffisants.

**Présentation
à l'aide des
diapositives
(20 minutes)**



- **Procéder à l'anamnèse** (diapositives 9.12 à 9.18)
 - » Assurez-vous d'obtenir le consentement éclairé des personnes survivantes avant de commencer à recueillir leurs antécédents cliniques.
 - » Prenez le temps nécessaire pour réaliser une anamnèse complète.
 - » Cet historique médical détaillé vous permettra de déterminer les examens, les analyses de laboratoire et les traitements à privilégier, ainsi que d'évaluer la nécessité de procéder ou non au recueil de preuves médico-légales. Respectez le rythme des personnes survivantes, leurs silences, leurs temps morts, en leur laissant la possibilité de pleurer ou de prendre des pauses.
 - » Des considérations particulières s'appliquent au recueil des antécédents médicaux et sociaux des enfants ou adolescent(e)s survivant(e)s. En savoir plus sur leur milieu de vie, sur les personnes qui s'occupent d'eux ainsi que sur leur stade de développement ou de puberté vous aidera à jauger la situation et à leur prodiguer des soins adaptés (diapositives 9.14 et 9.15). Pour accéder à des conseils supplémentaires et à des aide-mémoires sur l'anamnèse et l'examen physique des enfants et des adolescents personnes survivantes, voir : *Intervenir en cas de maltraitance des enfants : Manuel clinique destiné aux professionnels de santé* (OMS, 2022 ; p. 30-31) disponible à l'adresse suivante : <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789240048737> (ci-après « Manuel sur la maltraitance des enfants »).
 - » Pensez, lors de l'anamnèse, à inclure des questions permettant d'évaluer la santé mentale de la personne survivante (diapositive 9.17).
- Montrez aux participants la vidéo de l'IRC sur l'anamnèse dans le cadre de la PECV (diapositive 9.18).

Il est important de garder à l'esprit que le simple fait d'être touché(e)s ou examiné(e)s peut constituer une épreuve pour des enfants et adolescent(e)s ayant subi une agression sexuelle. Les agents de santé doivent s'efforcer de ne pas aggraver la détresse des personnes survivantes, en limitant le nombre d'évaluations au strict minimum, y compris en évitant de poser plusieurs fois les mêmes questions. Faire répéter inlassablement son histoire à un enfant ne fera qu'ajouter à son traumatisme.

**Exercice 9.2
Jeu de rôle sur
l'anamnèse
(45 minutes)**



Objectifs pédagogiques de cet exercice (diapositive 9.19)

- Mettre en pratique ses compétences en matière d'anamnèse, en particulier concernant l'adoption d'une approche respectueuse et adaptée pour interroger des personnes survivantes d'agressions sexuelles.
- Documenter l'anamnèse dans un formulaire structuré. Dans certains contextes, il peut s'agir du même formulaire que celui utilisé pour la documentation médico-légale, qui devra être suivi scrupuleusement.

Instructions à l'attention des facilitateurs

- **Répartissez les participants** par groupes de trois. Encouragez-les à recueillir les antécédents cliniques comme ils le feraient habituellement. S'il est d'usage, dans leur service, qu'un(e) deuxième agent(e) de santé soit présent(e) lors de l'anamnèse, confiez ce rôle au troisième membre du groupe. S'ils travaillent généralement seuls, ils devront s'entraîner à documenter le cas tout en retraçant l'historique médical de leur patient(e).
- **Distribuez** un scénario différent de la ressource 9.2 à chacun des trois membres du groupe. Il s'agit de l'histoire qu'ils devront s'approprier lorsqu'ils joueront le rôle de la personne survivante. Celle-ci ne doit pas être révélée aux deux autres participants.
- Les « **agents de santé** » doivent partir du principe qu'ils ont déjà mis en œuvre les premières étapes de l'approche VIV(RE). Ils commencent donc le jeu de rôle en cherchant à obtenir le consentement éclairé de leur patient(e), indispensable à l'anamnèse. Ils tenteront ensuite de retracer son historique médical, en privilégiant les questions ouvertes et en rebondissant sur les réponses apportées. Les résultats sont à consigner sur l'aide-mémoire 9a Exemple de formulaire d'anamnèse.
- Comptez environ 10 minutes par scénario. À la fin de l'exercice, demandez aux participants de changer de rôle au sein de leur groupe et d'utiliser un autre des scénarios proposés.

Discussion guidée (15 min)

- Demandez à ceux qui ont joué le rôle du patient comment ils se sont sentis en racontant leur histoire et quelle a été la réaction de l'agent de santé.
- Demandez à ceux qui ont joué le rôle de l'agent de santé quelles difficultés ils ont rencontrées lors du recueil des antécédents.

Clôture



Demandez aux participants s'ils ont des **questions ou des préoccupations**. Énoncez les **messages clés** (diapositive 9.20) :

- Veillez, dans le cadre du processus de consentement éclairé, à informer les patients des lois ou politiques obligeant les agents de santé à signaler les violences aux autorités compétentes, ainsi qu'à leur préciser la nature des informations devant être communiquées aux autorités en question.
- Assurez-vous d'obtenir le consentement des patients à chacune des quatre étapes suivantes : l'anamnèse, l'examen physique, le recueil de preuves médico-légales et la documentation clinique.
- L'anamnèse doit éclairer et orienter l'examen et le traitement des personnes survivantes.
- Même lorsque les conditions minimales pour la réalisation d'un examen médico-légal ne sont pas remplies, il est indispensable de procéder au recueil des antécédents cliniques des patient(e)s et de leur proposer un examen médical.

Séance 10. Prise en charge clinique des personnes survivantes d'agressions sexuelles, partie 2 : examen physique et documentation

Préparation et informations générales	
Objectifs pédagogiques et compétences 	Objectif 3 : Démontrer des compétences cliniques adaptées au champ de pratique pour prendre en charge les agressions sexuelles et la VPI. Compétences : - Savoir procéder à l'examen d'une femme ou d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle, en tenant compte des considérations particulières liées aux différents groupes d'âge. - Savoir documenter une agression sexuelle de manière sûre et confidentielle.
Durée de la séance 	90 minutes
Diapositives et exercices 	- Séance 10, diapositives 10.1 à 10.31 - Diapositives 10.18 à 10.20 pour l'exercice 10.1 - Exercice 10.1 : Description des blessures (15 minutes) - Exercice 10.2 : Documenter les résultats de l'examen (45 minutes)
Fournitures et documents à distribuer 	- Vidéos de l'IRC (diapositives 10.8, 10.13, 10.14, 10.27). https://rescue.app.box.com/s/r5w6pfxzqdvgyg87lroagisa5i5sio03/file/1121629627416 https://rescue.app.box.com/s/r5w6pfxzqdvgyg87lroagisa5i5sio03/file/1121635155164 https://www.youtube.com/watch?v=6XcM_rx4Jh4 https://www.youtube.com/watch?v=PZZSwxStgjM&feature=youtu.be - Ressource 10.2a : Documenter les résultats de l'examen – scénarios 1 à 3. À imprimer à partir de l'annexe A en ligne – Ressources pour les facilitateurs. - Aide-mémoire 10a. Liste de contrôle de l'examen physique après un viol. À imprimer pour chaque personne participante à partir de l'annexe B en ligne – Aide-mémoires pour les participants. - Aide-mémoire 10b. Liste de contrôle pour la documentation des blessures. Imprimez les aide-mémoires (un par personne participante) à partir de l'annexe B en ligne – Aide-mémoires pour les participants. - Aide-mémoire 10c. Pictogrammes de documentation des blessures. Imprimez les aide-mémoires (un par personne participante) à partir de l'annexe B en ligne – Aide-mémoires pour les participants. - Assurez-vous que les participants disposent d'une ou deux feuilles de papier blanc ou ligné pour la prise de notes.
Lectures complémentaires 	- Directives sur la prise en charge des enfants ayant subi des abus sexuels (p. 21-22) - Manuel sur la maltraitance des enfants (p. 32-40) <i>Les pages 32 à 40 peuvent être imprimées et distribuées aux participants en guise de ressource supplémentaire. Si le contexte le permet, vous pouvez également demander aux participants de consulter ces pages en ligne.</i>

Contenu de la séance

Contexte



Il s'agit de la deuxième d'une série de trois séances portant sur la prise en charge minimale essentielle des personnes survivantes d'agressions sexuelles et de VPI.

Des considérations particulières s'appliquent lorsque la personne survivante n'est pas une femme adulte. Les hommes et les enfants survivants de violences sexuelles ont des besoins particuliers, qui diffèrent de ceux des femmes en âge de procréer. Cette formation suppose de posséder des compétences cliniques de base en matière d'examen physique, notamment en ce qui concerne l'évaluation des plaies rectogénitales externes et l'utilisation d'un spéculum. Rappelez aux participants que le principe directeur de l'anamnèse et de l'examen physique doit être d'éviter de traumatiser à nouveau la personne survivante.

Note pour la planification : Si les participants exercent dans un contexte où la rédaction d'un certificat médico-légal est obligatoire en cas d'agression sexuelle, il est recommandé d'inclure la séance 15 au programme de formation. Cette séance fournit des informations supplémentaires sur la chaîne de conservation des preuves et sur la marche à suivre en cas d'appel à témoigner devant un tribunal. Référez-vous à l'Annexe 1 pour accéder à des conseils et à un arbre décisionnel qui vous aideront à juger de la nécessité d'aborder ou non la séance 15.

Présentation avec diapositives, vidéos et exercices pratiques (Exercice 10.1. Description des blessures) (45 minutes)



Examen physique et documentation clinique (diapositives 10.1 à 10.31)

- **Préparation à l'examen :**

- » Les agents de santé doivent s'assurer de disposer d'un espace d'examen privé, et veiller à préparer en amont le matériel et les produits nécessaires.
- » Ils doivent obtenir le consentement éclairé de leur patient(e) avant de procéder à l'examen.

- **Examen physique** (diapositives 10.5 à 10.7)

- » L'objectif principal de l'examen est de pouvoir dispenser aux patient(e)s des soins cliniques et un soutien psychologique adaptés. Les agents de santé doivent s'efforcer de documenter les résultats de l'examen de manière exhaustive. Le dossier est en effet susceptible d'être réclamé ultérieurement par les personnes survivantes et/ou les services judiciaires, en particulier dans les contextes où aucun service de médecine légale n'est disponible ou opérationnel.
- » Projetez les vidéos de l'IRC sur l'examen physique dans la PECV (diapositive 10.8).

- **Examen génital** (diapositives 10.9 à 10.14)

- » **Rappelez** aux participants le caractère sensible de l'examen pelvien ou rectogénital pour les survivant(e)s de violences sexuelles. L'agent(e) de santé doit procéder avec douceur, en s'assurant à chaque geste du consentement des patients. Il ou elle ne doit pas hésiter à marquer des pauses ou à mettre fin à l'examen si le besoin s'en fait sentir.
- » **Rappelez** aux participants que les examens internes sont rarement indiqués si l'agression a eu lieu plus de 7 jours avant la consultation.
- » Le test de virginité, examen vaginal visant à contrôler la présence de l'hymen (parfois appelé « test des deux doigts ») ne présente aucune utilité clinique et ne fournit aucune indication quant à l'existence ou non d'une agression sexuelle. Un tel examen est non seulement contraire aux principes des droits fondamentaux, mais aussi profondément traumatisant pour les femmes et les filles (diapositive 10.10). N'hésitez pas à expliquer aux personnes les accompagnant les raisons pour lesquelles le test de l'hymen est contre-indiqué et ne sera pas pratiqué.
- » Les personnes ayant subi des agressions sexuelles ne présentent pas toujours de lésions physiques ou génitales. Ceci peut s'expliquer par diverses raisons, comme la sidération face au danger, ou encore certaines drogues, qui empêchent toute résistance. Des menaces proférées à leur égard ou à l'égard de leurs proches ont également pu les forcer à ne pas opposer de résistance. Compte tenu de la forte stigmatisation associée au viol, les personnes survivantes ont très peu de raisons de mentir et il est donc essentiel qu'elles soient crues par les agents de santé (diapositive 10.12).
- » Projetez les vidéos de l'IRC sur la procédure d'examen vaginal et anal dans le cadre de la PECV (diapositives 10.13 et 10.14).

Avant de poursuivre, demandez aux participants s'ils ont des observations ou questions particulières.

- **Passer en revue les différents éléments liés à la documentation des blessures** (diapositives 10.15 à 10.17)
 - » Insistez sur l'importance d'une description et d'une documentation objectives, en particulier lorsqu'il s'agit des signes cliniques de guérison.
 - » L'intégralité des blessures récentes et anciennes doit être consignée et décrite en détail, toute constatation contradictoire devant être notée.
 - » Les personnes survivantes doivent être informées qu'en cas de progression de leurs blessures, dont certaines peuvent devenir plus visibles après quelques jours, il leur faudra revenir pour que celles-ci soient à nouveau examinées et documentées.
 - » La documentation complète des blessures est un exercice chronophage au cours duquel les agents de santé doivent faire preuve de patience, de compassion, et se montrer particulièrement attentifs à l'état mental des personnes survivantes, en prenant soin de leur accorder des pauses si le besoin s'en fait sentir.
- **Présentez l'exercice 10.1. Description des blessures** (diapositives 10.18 à 10.20).
 - » **Expliquez** aux participants que les deux diapositives suivantes présenteront des images de blessures infligées lors d'une agression sexuelle. Ils disposeront de 2 à 3 minutes par blessure pour relever et noter les informations qu'ils jugent pertinentes. Demandez aux participants d'inscrire leurs observations dans des carnets ou sur des feuilles vierges.
 - » **Les participants** peuvent se référer à l'aide-mémoire 10b s'ils ont besoin d'être aiguillés.
 - » Lorsque la taille et la profondeur des plaies ne sont pas indiquées sur l'image, **encouragez** les participants à formuler des estimations au plus proche.
 - » **Projetez** la diapositive 10.19 pendant 10 minutes. Puis passez à la diapositive 10.20 pendant 5 minutes.
 - » **Invitez** ensuite les participants à vous adresser leurs éventuelles questions.

Considérations relatives aux publics particuliers (diapositives 10.22 à 10.28).

- Lors de la prise en charge **d'enfants et d'adolescents** survivants, veillez à ce qu'un deuxième adulte soit présent dans la pièce, en plus de l'agent(e) de santé chargé de l'examen.
- Pour l'examen d'un(e) enfant survivant(e), utilisez des instruments et des positions qui minimisent l'inconfort physique et/ou la détresse psychologique. L'examen au spéculum, l'examen anoscopique et l'examen digital ou bimanuel d'un enfant prépubère ne sont pas systématiquement indiqués. Si l'utilisation d'un spéculum ou un autre examen invasif est médicalement indiqué, envisagez le recours à la sédation ou à l'anesthésie générale (diapositive 10.24).
- Lorsque vous consignez les antécédents cliniques et les résultats de l'examen, prenez note de toute divergence entre le récit de l'enfant ou de l'adolescent(e) et celui de son accompagnant(e). Dans la mesure du possible, rapportez les termes exacts utilisés par chaque partie.
- Soyez attentif aux réactions et à l'état émotionnel de l'enfant ou de l'adolescent(e) à chaque étape de l'examen. Assurez-vous d'obtenir le consentement éclairé et l'autorisation de votre patient(e) pour chaque geste médical.
- Rares sont les **survivants masculins** à se présenter à l'hôpital après avoir subi un viol ou des violences sexuelles (diapositives 10.25 à 10.27).
 - » Les normes liées à la masculinité, ainsi que la crainte d'être étiquetés comme homosexuels dans des contextes où les relations entre personnes de même sexe sont interdites par la loi, peuvent dissuader les hommes et les garçons de se manifester en cas de viol.
 - » Lorsqu'un homme est violé par voie anale, la pression exercée sur la prostate peut provoquer une érection et même un orgasme, ce qui peut contribuer à des sentiments de honte et de culpabilité. Rassurez le survivant en lui précisant qu'il s'agit d'un phénomène physiologique normal.
 - » Les garçons qui subissent des abus sexuels de la part de garçons ou d'hommes plus âgés au sein de leur famille, de leur groupe de pairs ou de leur établissement scolaire peuvent avoir peur de dénoncer les violences en raison des dynamiques de pouvoir liées à l'âge.
 - » La majorité des viols d'hommes et de garçons sont commis par des individus de sexe masculin. En certaines occasions, les auteurs peuvent toutefois être des femmes. Les garçons sont alors encore moins susceptibles de reconnaître les abus, en raison des normes de genre existantes encourageant l'activité hétérosexuelle⁷.
 - » Projetez la vidéo de l'IRC sur l'accueil de survivants masculins dans le cadre de la PECV (diapositive 10.27), disponible (en anglais) à l'adresse suivante : <https://youtu.be/PZZSwxStgJM>.
- En raison des sécheresses vaginales auxquelles elles sont sujettes, les **femmes ménopausées** présentent davantage de risques de déchirures et de lésions vaginales que les femmes en âge de procréer, ce qui peut entraîner chez elles un risque accru de transmission des infections sexuellement transmissibles (IST) et du VIH en cas de viol (diapositive 10.28).

⁷ Women's Refugee Commission, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Supporting survivors of violence: the role of linguistic and cultural mediators, with a focus on gender-based violence and sexual violence against men and boys. A training curriculum*. New York (États-Unis), 2021 (<https://www.womensrefugeecommission.org/research-resources/supporting-survivors-of-violence-the-role-of-linguistic-and-cultural-mediators-training-curriculum/>).

Exercice 10.2.
Documentation
des résultats
de l'examen et
discussion guidée
(45 minutes)



Objectif pédagogique de cet exercice (diapositive 10.29)

- S'entraîner à documenter les résultats d'un examen physique sur un formulaire structuré.

Instructions à l'attention des facilitateurs

- Demandez aux participants de former des binômes. Les deux participants joueront le rôle d'agents de santé et seront chargés de documenter les blessures de leur patient(e), incarné(e) par le facilitateur. Si vous êtes deux facilitateurs, partagez-vous le groupe, de sorte que chacun de vous travaille avec la moitié des binômes. Distribuez deux exemplaires de l'aide-mémoire 10c (« Pictogrammes de documentation des blessures ») à chaque binôme et demandez-leur de l'utiliser pour documenter les blessures de leur patient(e). Utilisez un formulaire par scénario. Chaque binôme devra s'exercer sur deux scénarios différents et rapporter ses conclusions sur deux exemplaires de l'aide-mémoire 10c. Veillez également à ce que chaque binôme dispose d'un exemplaire de l'aide-mémoire 10b (« Liste de contrôle pour la documentation des blessures »), qui servira de référence pour cet exercice.
- Si vous êtes deux facilitateurs, **choisissez** chacun une fiche aide-mémoire différente (voir la ressource 10.2a pour les facilitateurs). Octroyez 15 minutes aux binômes pour recueillir les antécédents cliniques de leur patient(e) et les consigner sur l'aide-mémoire 10c.
- Chaque facilitateur travaillera ensuite avec l'autre moitié des participants, de sorte que les binômes puissent s'exercer à documenter les blessures décrites dans les deux scénarios.

Discussion guidée (15 minutes)

- Invitez les participants à partager leurs conclusions avec l'ensemble du groupe.
- Interrogez-les sur les difficultés rencontrées.
- Demandez-leur s'il y a certaines choses qu'ils auraient pu mieux faire pendant l'examen physique et la documentation clinique.

Clôture



Demandez aux participants s'ils ont des **questions ou des préoccupations**. Énoncez les **messages clés** (diapositive 10.30) :

- L'examen et le traitement doivent découler de l'anamnèse.
- Conformément aux bonnes pratiques cliniques, l'agent(e) de santé doit s'assurer du consentement de la personne survivante à chaque étape de l'examen physique et de l'examen rectogénital.
- L'absence de preuves physiques ne signifie pas qu'aucune violence n'a eu lieu.
- Aucun état émotionnel particulier n'est révélateur d'une agression sexuelle et/ou de VPI.
- Le recueil de preuves médico-légales ne doit s'effectuer que si les critères minimaux sont remplis.
- La documentation claire, complète et objective des blessures est essentielle pour garantir une prise en charge médicale appropriée des personnes survivantes, y compris en ce qui concerne la prescription de soins de suivi et le référencement vers d'autres services de santé.
- Des considérations particulières s'appliquent pour l'examen des enfants et des adolescents ayant subi des abus sexuels.

Séance 11. Prise en charge clinique des personnes survivantes d'agressions sexuelles, partie 3 : traitement et soins

Préparation et informations générales	
Objectifs pédagogiques et compétences 	Objectif 3 : Démontrer des compétences cliniques adaptées au champ de pratique pour prendre en charge les agressions sexuelles et la VPI. Compétences Savoir fournir un traitement/des soins appropriés aux personnes survivantes d'agressions sexuelles, y compris aux enfants et aux adolescents.
Durée de la séance 	60 minutes
Diapositives et exercices 	- Séance 11, diapositives 11.1 à 11.21 (20 minutes) - Exercice 11.1 Études de cas sur le traitement des agressions sexuelles (30 minutes)
Fournitures et documents à distribuer 	Imprimez un exemplaire de l'aide-mémoire 11b (Protocoles de PPE au VIH) à partir de l'annexe B en ligne – Aide-mémoires pour les participants. - Ressource 11.1 : Décisions relatives au traitement des agressions sexuelles – études de cas 1 à 4. À imprimer à partir de l'annexe A en ligne – Ressources pour les facilitateurs.
Lectures complémentaires 	- Aide-mémoire 11a. Stades de développement de Tanner chez la fille - Manuel clinique, partie 3, pages 39 à 59 ; partie 4, pages 67 à 80
Contenu de la séance	
Contexte 	- Cette séance aborde les soins médicaux immédiats à apporter aux survivant(e)s d'agressions sexuelles. - Bien que cette séance porte sur le traitement médicamenteux et prophylactique des conséquences courantes du viol, il importe de noter qu'une intervention complète de première ligne (selon l'approche VIVRE) doit impérativement être apportée aux personnes survivantes de toute forme d'agression sexuelle. - Les agents de santé doivent connaître les protocoles nationaux, la posologie, les schémas thérapeutiques et les conditions d'accès à la contraception d'urgence, au traitement prophylactique des IST et à la prophylaxie postexposition au VIH (PPE) pour les adultes et les enfants ayant survécu à une agression sexuelle. Ils doivent également connaître les lois et les exigences réglementaires nationales en matière d'avortement.

**Présentation
à l'aide des
diapositives et
d'une discussion
encadrée
(20 minutes)**



Utilisez les diapositives de la séance 11 pour présenter le contenu de la séance. Des détails supplémentaires figurent dans la section des notes de chaque diapositive (voir le diaporama).

- Lorsque vous appliquez l'approche VIV(RE) dans le cadre d'une intervention de première ligne, il est important de savoir reconnaître les troubles/symptômes qui doivent entraîner une hospitalisation en urgence (diapositive 11.4).
- La prévention du tétanos est un élément important de la prise en charge clinique des agressions sexuelles (diapositive 11.5).

Des mesures de **prévention de la grossesse** (contraception d'urgence) peuvent être proposées aux femmes et aux jeunes filles qui se présentent dans les 120 heures (5 jours) suivant un viol avec pénétration vaginale avérée ou possible (diapositives 11.6 à 11.8).

- Le risque de grossesse faisant suite à un viol est une grande source d'inquiétude pour de nombreuses femmes et jeunes filles. Les agents de santé peuvent les rassurer en leur proposant une contraception d'urgence.
- **Insistez sur** le caractère urgent du traitement contraceptif, qui doit être administré le plus tôt possible et au plus tard 120 heures après le viol.

Des mesures de prévention du VIH peuvent être prises pour les personnes survivantes qui se présentent dans les 72 heures suivant le viol (diapositives 11.9 à 11.11).

- **Insistez sur** le fait que la PPE au VIH doit être initiée dans les plus brefs délais et au plus tard 72 heures après le viol.
- **Rappelez** aux participants que l'adhésion de leur patient(e) à la PPE peut être compromise par plusieurs obstacles, notamment les effets secondaires des médicaments, tels que les nausées et les vomissements. De même, pour les personnes survivantes de violences sexuelles, la prise du traitement de PPE peut constituer un rappel douloureux de l'agression.
- **Distribuez** aux participants l'aide-mémoire 11b – Protocoles de PPE au VIH. Invitez-les également à consulter la page 66 du Manuel clinique.
- **Rappelez** aux participants que la PPE est indiquée pour les personnes survivantes de tout âge.
- **Rappelez-leur** que la PPE doit impérativement être proposée dans les cas suivants :
 - » leur patient(e) a été exposé(e) au sang ou au sperme par pénétration orale, vaginale ou anale, ou par l'intermédiaire de plaies ou des muqueuses ;
 - » l'exposition a eu lieu dans les 72 heures précédant la prise en charge médicale.
- **Rappelez** aux participants que l'exposition aux larmes, à la salive, à l'urine et à la sueur ne présente pas de risque significatif, à condition que les fluides n'aient pas été contaminés par du sang.

Prévention des IST (diapositives 11.12 à 11.15)

- **Insistez** sur le fait que des aide-mémoires adaptés aux schémas thérapeutiques nationaux, portant sur les IST les plus courantes dans la localité d'exercice, doivent être conservés dans toutes les salles d'examen/ de traitement, ainsi que dans la trousse médicale des agents de santé en déplacement. Dans les situations d'urgence, la disponibilité des médicaments peut fréquemment fluctuer, en fonction des contraintes liées à la chaîne d'approvisionnement. Il convient donc de se tenir régulièrement informé(e) des derniers protocoles thérapeutiques en vigueur.
- **Renvoyez les participants** vers l'annexe 8 des Directives sur la PECV/VPI (pages 63 à 65).
- **Rappelez-leur** que la vaccination contre l'hépatite B doit être proposée si l'âge et les antécédents vaccinaux de leur patient(e) le justifient. Si les antécédents vaccinaux et/ou l'immunité actuelle sont inconnus, procédez à la vaccination (diapositive 11.13).

Considérations particulières relatives à l'observance du traitement chez les enfants et les adolescents (diapositive 11.14).

- Impliquez un adulte de confiance dans les consultations relatives à l'observance du traitement, les soins à domicile et les rappels de consultations de suivi, ainsi que dans la détection et la prise en charge des éventuels effets secondaires.
- Suivez les protocoles locaux de PPE en ce qui concerne les schémas thérapeutiques préconisés selon l'âge et le poids des patient(e)s (aide-mémoire 11b).
- La vaccination contre le HPV doit être proposée aux enfants et aux adolescent(e)s de 9 à 14 ans, selon les directives nationales, ainsi qu'à tous ceux qui n'ont pas encore été vaccinés. Le vaccin contre le HPV peut être administré en même temps que le vaccin contre l'hépatite B, à condition de changer de point d'injection et d'utiliser des seringues distinctes.

Auto-prise en charge et visites de suivi dans le cadre des traitements de longue durée (diapositives 11.16 et 11.17)

- **Renvoyez les participants vers les** aide-mémoires figurant aux pages 59 à 63 du Manuel clinique : ces outils les aideront à planifier leurs visites de suivi et à sensibiliser leurs patient(e)s aux signes et aux symptômes qui doivent les inciter à se présenter spontanément à la clinique.
- **Adaptez la** diapositive 11.17 au contexte législatif en vigueur, en précisant les conditions à remplir pour pouvoir bénéficier de services d'avortement sécurisé à la suite d'un viol.
- **Expliquez** aux participants comment et où se procurer les médicaments essentiels dans les situations d'urgence (diapositive 11.18).
- **Demandez** aux participants s'ils ont des questions ou des préoccupations.

Exercice 11.1 Décisions relatives au traitement des agressions sexuelles (30 minutes) 	Objectif pédagogique de cet exercice - Améliorer la prise de décision clinique concernant le traitement de survivant(e)s de viol ou d'agression sexuelle. Instructions à l'attention des facilitateurs (diapositive 11.19) Répartissez les participants en groupes de 3 à 4 personnes. Demandez à chaque groupe de désigner une personne qui sera chargée de présenter leurs conclusions au reste des participants. - Quatre études de cas sont à votre disposition (voir la Ressource 11.1 Décisions relatives au traitement des agressions sexuelles). En fonction du temps disponible, assignez une ou deux études de cas à chaque groupe. Octroyez à chaque groupe 7 minutes par étude de cas pour discuter des traitements qu'ils prescriraient, des tests qu'ils effectueraient, ainsi que de la manière dont ils réfèrent leur patient(e). Demandez-leur de rapporter leurs réponses dans les tableaux et de justifier leurs choix. Au bout de 15 minutes (en supposant que vous ayez confié deux études de cas à chaque groupe), invitez les participants à se réunir. Demandez à la personne préalablement désignée par chaque groupe de présenter (en 3-4 minutes) l'une des études de cas et d'expliquer les décisions prises en matière de traitement et de soins.
Clôture 	Demandez aux participants s'ils ont des questions ou des préoccupations. Énoncez les messages clés (diapositive 11.20) : - Le traitement immédiat d'un viol ou d'une agression sexuelle comprend un soutien de première ligne, le soin des blessures, la contraception d'urgence, la prophylaxie postexposition (PPE) au VIH, le traitement prophylactique des IST, la prévention de l'hépatite B et du HPV, ainsi que l'accès à un avortement sécurisé, dans toute la mesure autorisée par la législation en vigueur. - Le traitement d'un viol ou d'une agression sexuelle nécessite que la personne survivante se présente dans les 72 à 120 heures suivant les faits. La plupart des personnes survivantes ne se présentent malheureusement pas dans ces délais. - Cependant, même au-delà, toutes les personnes survivantes doivent bénéficier d'un soutien de première ligne (conformément à l'approche VIVRE). En fonction de leurs symptômes, certaines peuvent également nécessiter des soins de santé mentale supplémentaires. - Les agents de santé doivent tenter de comprendre ce qu'il s'est passé durant et après l'agression, afin de décider des tests à effectuer et des traitements à proposer.

Séance 12. Santé mentale et soutien psychosocial (SMSPS)

Préparation et informations générales	
Objectifs pédagogiques et compétences 	Objectif 3 : Démontrer des compétences cliniques adaptées au champ de pratique pour prendre en charge les agressions sexuelles et la VPI. Objectif 4 : Savoir accéder aux ressources et au soutien pour les patients et pour soi-même. Compétences : • Savoir fournir des services de base de SMSPS. • Savoir où référer les patients nécessitant une prise en charge en matière de SMSPS.
Durée de la séance 	60 minutes
Diapositives et exercices 	• Séance 12, diapositives 12.1 à 12.24, avec vidéo (30 minutes) • Exercice 12.1. Techniques de réduction du stress (10 minutes) • Exercice 12.2. Jeu de rôle sur la prestation de soins de santé mentale de base (20 minutes)
Fournitures et documents à distribuer 	• Sans objet
Lectures complémentaires 	• Aide-mémoire 12a. Techniques de réduction du stress • Aide-mémoire 12b. Évaluation des troubles dépressifs modérés à sévères • Aide-mémoire 12c. Évaluation du trouble de stress post-traumatique (TSPT) • Directives sur la PECV/VPI : partie 5 (pages 33 à 35) et annexe 10 (pages 68 et 69) • Directives de l'OMS sur la prise en charge des enfants ayant subi des abus sexuels (pages 33 à 38) • Guide d'intervention mhGAP de l'OMS, version 2.0⁸ • Faire ce qui compte en période de stress : un guide illustré⁹

8 Guide d'intervention mhGAP pour la prise en charge des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées, version 2.0. OMS, Genève (Suisse), 2016 (<https://iris.who.int/handle/10665/274363>).

9 Faire ce qui compte en période de stress : un guide illustré. OMS, Genève (Suisse), 2020 (<https://iris.who.int/handle/10665/331901>). Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Contenu de la séance	
Contexte 	Cette séance permet aux participants de renforcer leur capacité à apporter un soutien de première ligne (via une adaptation des soins psychologiques de première ligne proposés par la méthode VIVRE) afin de fournir aux personnes survivantes un soutien psychosocial de base et d'évaluer ou de repérer les patients qui présentent des symptômes/troubles de santé mentale nécessitant un référencement vers des soins spécialisés. Dans de nombreux contextes, en l'absence de services de santé mentale spécialisés, les agents de santé de première ligne peuvent aider les personnes survivantes en matière de santé mentale. Le contenu de cette séance ne s'adresse donc pas aux spécialistes de la santé mentale, mais à tous les agents de santé de première ligne. En effet, même dans les environnements à faibles ressources où il n'existe pas de spécialistes de la santé mentale, certaines compétences en matière de conseil et de psychoéducation peuvent être renforcées chez les agents de santé de première ligne (qu'il s'agisse de médecins, d'infirmières, de sages-femmes, d'assistants sociaux ou de conseillers) afin d'offrir aux patients un soutien psychosocial de base. Gardez toutefois à l'esprit que pour des troubles mentaux plus graves, tels que la dépression modérée à sévère ou le SSPT, il peut être nécessaire d'orienter les patients vers des spécialistes de la santé mentale (par exemple des psychiatres ou des psychologues cliniciens).
Présentation à l'aide des diapositives et d'une discussion encadrée (15 minutes) 	Utilisez les diapositives de la séance 12 pour présenter le contenu de la séance. Des détails supplémentaires figurent dans la section des notes de chaque diapositive (voir le diaporama). Introduction aux besoins en matière de SMSPS dans les situations d'urgence (diapositives 12.1 à 12.8) - Les réactions de détresse psychologique sont fréquentes à la suite d'actes de violence. Les personnes ayant survécu à des abus sexuels sont régulièrement en proie à des sentiments de culpabilité, de honte, de colère, d'anxiété et de peur. Les cauchemars, les pensées suicidaires, les tentatives de suicide, l'engourdissement émotionnel, l'abus de substances psychotropes, les dysfonctionnements sexuels, le retrait social et les plaintes somatiques médicalement inexplicables sont également des symptômes courants chez les personnes survivantes. - Ces réactions, même si elles sont violentes, sont souvent temporaires et constituent un contrecoup normal après une agression sexuelle ou des actes de violence exercée par un partenaire intime. Ces difficultés s'atténuent généralement avec le temps, à condition que la situation de violence disparaisse. La plupart des personnes survivantes se rétablissent si elles se sentent en sécurité et si elles peuvent compter sur le soutien émotionnel et sur la compréhension de personnes de confiance. Demandez aux participants d'indiquer à quel endroit de leur corps ils ressentent ou portent leur stress, en plaçant une note adhésive ou un point de couleur sur les silhouettes projetées dans la diapositive 12.5. Passez en revue les manifestations respectives des stratégies d'adaptation fonctionnelles et dysfonctionnelles. Compréhension de base des soins de santé mentale (diapositives 12.9 à 12.12) - Les soins médicaux dispensés aux personnes survivantes comprennent une évaluation psychologique et émotionnelle, un soutien psychosocial de base et, si nécessaire, un référencement vers des prestataires spécialisés dans les troubles mentaux courants, la toxicomanie, les comportements à risque et d'autres problématiques sociales ou de santé mentale. - La plupart des participants à la formation ne sont pas forcément des professionnels de la santé mentale. Le Guide d'intervention mhGAP de l'OMS ainsi que d'autres programmes proposés par diverses ONG contribuent à répondre aux besoins en matière de SMSPS dans les situations d'urgence. - En tant qu'agents de santé de première ligne, les participants ont un rôle important à jouer dans le soutien de première ligne et le soutien psychosocial de base des patients. - La plupart des personnes survivantes peuvent être aidées à travers le renforcement de leurs capacités d'adaptation, y compris en matière de gestion du stress. Certaines devront néanmoins faire l'objet d'une évaluation plus approfondie et d'un accompagnement par un spécialiste des troubles mentaux. - Les soins de santé mentale de base comprennent l'aide au renforcement des stratégies d'adaptation positives ainsi que l'enseignement et la démonstration de techniques de gestion du stress. Offrir un soutien psychosocial de base (diapositives 12.9 à 12.12) - Les agents de santé de première ligne peuvent apporter un soutien psychosocial de base aux personnes survivantes en les aidant à développer des méthodes d'adaptation positives, en leur offrant un soutien social et en leur apprenant à gérer leur stress. - Lorsqu'une personne survivante vous fait part d'un problème, il peut être contre-productif de tenter de la conseiller. Le rôle des agents de santé est d'aider la personne à identifier la source du problème et à trouver elle-même des solutions qui lui conviennent. - Il est important de savoir différencier les troubles mentaux légers des troubles mentaux modérés à sévères. Dans le second cas, il est nécessaire de référer les patients vers des spécialistes qui pourront procéder à une évaluation approfondie de leur état et à leur diagnostic.

Exercice 12.1
Options A et B.
Techniques de
réduction du stress
(10 minutes)



Objectif pédagogique de cet exercice (diapositive 12.13 et 12.14)

- **Pratiquer** des exercices de réduction du stress à utiliser pour soi-même ou à proposer aux patients dans le cadre de services de soutien psychosocial et de soins de santé mentale de base.

Instructions à l'attention des facilitateurs

- **Informez les participants** que vous allez pratiquer les techniques de réduction du stress recommandées dans la section sur les soins de santé mentale du Manuel clinique (p. 70-71).
- **Expliquez que** ces exercices peuvent aider à se sentir plus calme et détendu(e). Les personnes survivantes pourront reproduire ces exercices en cas de stress, d'anxiété ou de difficulté à trouver le sommeil.
- Deux exercices de réduction du stress sont proposés dans cette séance. Si le temps le permet, travaillez les deux ; sinon, choisissez-en un. Invitez les participants à s'appuyer sur l'aide-mémoire 12a pour continuer de s'exercer sur leur temps libre, après avoir pris soin de présenter chaque technique durant la séance.

Technique de la respiration lente (Option A)

- » En position assise, fermez les yeux et maintenez vos pieds bien à plat sur le sol.
- » Commencez par détendre votre corps. Secouez les bras et les jambes puis relâchez-les. Enroulez les épaules vers l'arrière et roulez la tête d'un côté puis de l'autre.
- » Mettez les mains sur le ventre. Concentrez-vous sur votre respiration.
- » Expirez lentement tout l'air contenu dans vos poumons par la bouche et sentez votre ventre s'aplatir. Inspirez lentement et profondément par le nez et sentez votre ventre se gonfler comme un ballon.
- » Respirez profondément et lentement. Comptez 1-2-3 à chaque inspiration et 1-2-3 à chaque expiration.
- » Continuez à respirer ainsi pendant environ 2 minutes. À mesure que vous respirez, sentez la tension quitter votre corps.

Technique de relaxation musculaire progressive (Option B)

- » Enroulez vos orteils et contractez-les fermement. Respirez profondément ; comptez jusqu'à trois tout en maintenant les muscles des orteils contractés. Relâchez les orteils et expirez. Respirez normalement et sentez vos orteils se détendre.
- » Faites de même pour chaque partie de votre corps. À chaque fois, inspirez profondément en contractant les muscles, comptez 1-2-3, puis relâchez et expirez lentement.
- » Contractez les muscles de vos jambes et de vos cuisses... 1-2-3
- » Contractez vos abdominaux... 1-2-3
- » Serrez les poings... 1-2-3
- » Pliez vos bras au niveau des coudes et contractez-les... 1-2-3
- » Serrez vos omoplates l'une contre l'autre... 1-2-3
- » Haussez les épaules aussi haut que possible... 1-2-3
- » Contractez tous les muscles de votre visage... 1-2-3
- » Ramenez lentement votre menton vers votre poitrine. En inspirant, lentement et en douceur, roulez votre tête vers la droite, puis expirez en la roulant vers la gauche puis en la ramenant au centre, le menton tourné vers la poitrine. Recommencez une fois. Et encore une fois. Maintenant, faites de même dans l'autre sens. Inspirez vers la gauche et vers l'arrière, puis expirez vers la droite et vers le bas. Recommencez une fois. Et encore une fois.
- » Ramenez maintenant votre tête vers le centre. Prêtez attention au calme qui s'est installé en vous.

Discussion guidée (5 minutes)

- Discutez de la manière dont ces exercices ont été ressentis par le groupe (effets positifs, difficultés rencontrées...) et invitez les participants à vous faire part de leurs éventuelles questions.
- Rappelez-leur que ces exercices peuvent aussi les aider dans leur quotidien, lorsqu'ils ont besoin de faire le calme en eux ou d'apaiser le stress lié à leur profession.

**Présentation
à l'aide des
diapositives
(15 minutes)**



Détecter les troubles de santé mentale modérés à sévères (diapositives 12.15 à 12.18)

Voir les pages 72 à 84 du Manuel clinique. Les participants qui souhaitent en savoir plus sur la gestion de la dépression, du SSPT et autres troubles de la santé mentale peuvent se référer au Guide d'intervention mhGAP.

- **Passez en revue** les diapositives 12.15 à 12.18. Insistez sur l'importance de prendre au sérieux tout signe d'automutilation et/ou d'idées suicidaires (diapositive 12.15).
- **Signalez** aux participants que la détresse psychologique est fréquente après une expérience potentiellement traumatisante telle que la violence. Toutefois, lorsqu'un faisceau de symptômes (p. ex., reviviscence, évitement, sentiment de menace permanent) persiste plus d'un mois après l'événement, les personnes survivantes doivent revenir consulter afin de bénéficier d'une évaluation psychologique. Invitez les participants à s'appuyer sur les aide-mémoires 12b et 12c s'ils ont besoin d'être aiguillés après la formation.
- **Expliquez** aux participants que même en tant qu'agents de santé non spécialisés, ils peuvent offrir aux patients une psychoéducation et un soutien psychosocial de base. Ils peuvent également leur prescrire des antidépresseurs (sous réserve d'être formés à leur utilisation). Projetez la vidéo sur le Guide d'intervention mhGAP de l'OMS (diapositive 12.16) : <https://www.youtube.com/watch?v=hdR8cyx2iYU>.
- **Insistez sur** l'importance des visites de suivi, en particulier si les symptômes de détresse psychologique persistent au-delà d'un mois. Si tel est le cas, les agents de santé de première ligne peuvent évaluer la présence d'un trouble dépressif modéré à sévère ou d'un SSPT et référer les patients vers des thérapeutes formés ou des spécialistes de la santé mentale pour qu'ils bénéficient d'un traitement psychologique.

Suicide et automutilation

N'ayez pas peur de demander aux personnes survivantes si elles ont des idées suicidaires. Ce n'est pas parce que vous évoquez la question qu'elles seront plus susceptibles de passer à l'acte. Le fait d'en parler peut au contraire contribuer à réduire l'anxiété ressentie par les patients.

Demandez-leur quels sont leurs espoirs pour l'avenir. En cas de désespoir manifeste, tentez de détecter si les personnes ont des idées automutilatoires ou suicidaires, et si elles projettent de passer à l'acte ou l'ont déjà fait. Si tel est le cas, adressez-les immédiatement à un spécialiste. Les personnes survivantes ne doivent pas être laissées seules sans une prise en charge adaptée.

L'évaluation ou le diagnostic des troubles mentaux modérés à sévères ne peut s'effectuer durant la période suivant immédiatement l'événement. Le diagnostic de dépression ou de syndrome de stress post-traumatique ne peut être posé que si les symptômes de détresse psychologique persistent un mois après les faits.

Exercice 12.2.
Jeu de rôle sur la
prestation de soins
de santé mentale de
base (20 minutes)



Objectif pédagogique de cet exercice

- Utiliser des méthodes de résolution des problèmes pour offrir un soutien psychosocial de base aux patients (diapositives 12.21 et 12.22).

Instructions à l'attention des facilitateurs

- Demandez aux participants de former des binômes. Au sein de chaque binôme, l'un des participants jouera le rôle d'une personne cherchant à se faire aider, et l'autre d'un(e) agent(e) de santé.
- Personne cherchant de l'aide : Pensez à un problème que vous rencontrez ou avez récemment rencontré et que vous êtes prêt(e) à partager avec votre collègue. Exposez votre problème à la personne qui joue l'agent(e) de santé.
- Agent(e) de santé : Appliquez la méthode de résolution des problèmes en cinq étapes.
 1. Nommez ou identifiez le problème
 2. Décrivez le contexte du problème
 3. Réfléchissez à des solutions
 4. Classez les solutions par ordre de pertinence
 5. Élaborez un plan d'action.

Au bout de 7 minutes, inversez les rôles.

Bilan de l'exercice avec l'ensemble des participants (5 minutes)

Questions possibles :

- Demandez aux participants qui recherchaient de l'aide ce qu'ils ont ressenti lorsqu'ils ont discuté de leur problème avec leur collègue. Qu'est-ce qui leur a été particulièrement utile et qu'est-ce qui aurait pu être fait d'autre ou différemment ?
- Demandez aux participants qui ont joué le rôle des agents de santé ce qu'ils pensent avoir bien fait. Ont-ils rencontré des difficultés lors d'une ou plusieurs étapes ?

Clôture



Demandez aux participants s'ils ont des **questions ou des préoccupations**. Énoncez les **messages clés** (diapositive 12.23) :

- Même dans les contextes à faibles ressources, les agents de santé de première ligne peuvent offrir un soutien psychosocial de base.
- Le soutien psychosocial de base comprend des exercices de réduction du stress.
- Les personnes survivantes présentant des symptômes persistants de santé mentale doivent être évaluées pour déterminer s'il peut s'agir d'un trouble dépressif modéré à sévère ou d'un syndrome de stress post-traumatique (SSPT).
- Les patients soupçonnés de souffrir de troubles de santé mentale modérés à sévères doivent être référés vers des spécialistes.

Séance 13. Équilibre émotionnel et prévention de l'épuisement professionnel

Préparation et informations générales	
Objectifs pédagogiques et compétences 	Objectif 4 : Savoir accéder aux ressources et au soutien pour les patients et pour soi-même. Compétences : • Savoir comment protéger son équilibre émotionnel dans un contexte de crise. • Savoir comment soutenir ses collègues agents de santé qui peuvent être confrontés à des traumatismes indirects en travaillant avec des personnes survivantes, ou à un stress lié à la situation d'urgence dans leur vie personnelle.
Durée de la séance 	30-45 minutes
Diapositives et exercices 	• Séance 13, diapositives 13.1 à 13.12 (10 minutes) • Pause détente (facultatif, 15 minutes) • Exercice 13.1 Élaboration d'un plan de soins collectifs
Fournitures et documents à distribuer 	• Approvisionnements adaptés à la culture des participants pour les stations d'auto-prise en charge (p. ex., thé/café ; zone de prière ; station de musique/percussions ; coin douillet avec couvertures et oreillers moelleux).
Contenu de la séance	
Contexte 	Cette séance est conçue pour aider les agents de santé à prendre conscience des symptômes de traumatisme vicariant, d'épuisement professionnel et de stress que peut provoquer chez eux la prise en charge de personnes survivantes, en particulier au regard des contraintes liées à la prestation de soins de santé en situation d'urgence humanitaire.

Présentation à l'aide des diapositives (10 minutes) 	Importance de l'auto-prise en charge et des soins collectifs pour les agents de santé • Les personnes survivantes ne sont pas les seules personnes à ressentir du stress en situation d'urgence humanitaire. En tant qu'agent(e) de santé, vous vous inquiétez certainement pour votre foyer, votre famille et vos proches. • Même dans le cas où vous auriez été envoyé sur place dans le cadre d'une intervention de secours et où aucun de vos proches ne vivrait dans la zone touchée, vous pouvez ressentir des angoisses liées à votre propre sécurité. Il est possible que votre sommeil soit de moins bonne qualité et/ou que les événements vous rappellent des crises que vous avez vous-mêmes vécues par le passé. • Demandez à quelques participants de parler des habitudes de réduction du stress qu'ils ont cultivées ou dont ils ont remarqué l'utilité chez leurs collègues (diapositive 13.6). Reconnaître le stress • Les symptômes de stress sont non seulement néfastes pour vous, mais ils peuvent également compromettre la qualité des soins que vous êtes en mesure de prodiguer. • Le stress peut se manifester de différentes manières, notamment par des émotions telles que l'anxiété et l'irritabilité et par des symptômes tels que des difficultés de concentration ou des troubles psychosomatiques (troubles du sommeil, maux d'estomac, douleurs physiques...). Le stress peut également exacerber des troubles mentaux existants, notamment l'anxiété et la dépression, ou conduire une personne à augmenter sa consommation d'alcool, de tabac et d'autres substances nocives. • Quelle qu'en soit la manifestation, les agents de santé doivent rechercher du soutien et de l'aide s'ils détectent des signes de stress chez eux-mêmes ou chez leurs collègues.
Exercice 13.1 (15 minutes) 	Élaboration d'un plan de soins collectif (diapositives 13.9 et 13.10) • Répartissez les participants en groupes, par lieu de prestation de services et/ou par organisation, de manière à ce que les collègues soient dans le même groupe. Si tous les participants ou un grand nombre d'entre eux travaillent ensemble, répartissez-les par équipe de prestation de services. • Dites aux participants qu'ils ont 15 minutes pour réfléchir à 1) des idées concrètes qu'ils peuvent et vont mettre en œuvre à leur retour chez eux ou au travail, afin d'améliorer leur auto-prise en charge et 2) des stratégies collectives pour prévenir ou gérer le stress. Ils doivent prendre des notes écrites pour eux-mêmes. Si les idées trouvées nécessitent l'appui d'un superviseur, les participants doivent déterminer les mesures à prendre pour porter leurs idées et leurs demandes à l'attention du superviseur.
Pause détente (facultatif) (15 minutes) 	Pendant qu'un facilitateur présente la courte série de contenus de cette séance, l'autre facilitateur doit installer des postes de relaxation dans la salle. Faites preuve de créativité et optez pour un aménagement culturellement approprié. Voici quelques possibilités. • Aménagez un espace destiné à la réalisation d'étirements et d'exercices de yoga. Au mur, vous pouvez afficher les exercices de pleine conscience de l'aide-mémoire 12a. Techniques de réduction du stress. • Aménagez un coin de prière. • Créez un coin détente avec des coussins au sol, des couvertures et des boissons chaudes. • Préparez une playlist de 15 minutes, amusante et propice à la danse, sur un appareil de lecture numérique. • Demandez aux participants de faire d'autres suggestions. • Proposez des huiles corporelles et/ou des produits d'aromathérapie issus de la médecine traditionnelle locale que les participants pourront utiliser pour se masser les mains. Invitez les participants à prendre 15 minutes pour réaliser l'une des activités de protection proposées.
Clôture 	Demandez aux participants s'ils ont des questions ou des préoccupations. Énoncez les messages clés (diapositive 13.11) : • Prenez conscience de vos besoins émotionnels. • Pratiquez l'auto-prise en charge en réalisant des exercices de réduction du stress et sollicitez l'aide d'un professionnel si nécessaire. • Veillez sur vos collègues et invitez-les à veiller sur vous.

Séance 14. Simulation clinique

Préparation et informations générales	
Objectifs pédagogiques et compétences 	Objectif 2 : Adopter des comportements contribuant à la prestation de services sûrs et bienveillants, et comprendre les valeurs associées. Objectif 3 : Avoir des compétences cliniques adaptées à son domaine d'activité afin de prendre en charge les personnes survivantes d'agressions sexuelles et de violence exercée par un partenaire intime. Compétences : - Faire preuve d'un bon jugement clinique pour répondre aux souhaits et aux besoins des personnes survivantes. - Comprendre les limites des services offerts aux survivant(e)s dans des contextes spécifiques.
Durée de la séance 	180 minutes (en petits groupes avec tous les scénarios) Format en 120 minutes possible
Diapositives et exercices 	- Séance 14, diapositives 14.1 à 14.4 - Exercice 14.1 : Simulations cliniques
Fournitures et documents à distribuer 	- Ressource 14.1 : Formulaire d'observations et de retour d'information. Imprimez un exemplaire pour chaque personne participante. - Ressource 14.2 : Notes concernant les scénarios de simulation clinique – scénarios 1 à 5. Imprimez et distribuez les notes et les accroches de scénario aux participants et aux facilitateurs, conformément aux rôles qui leur ont été attribués. - Matériel pour mettre en place les simulations. Vous pouvez utiliser des mannequins infirmiers et/ou obstétricaux, du maquillage et/ou des produits cosmétiques, ou des images de blessures à coller sur les vêtements avec du ruban adhésif ou des épingles à nourrice. Les hôpitaux universitaires et/ou les instituts de formation d'agents de santé locaux sont les sources les plus courantes de mannequins de simulation.
Contenu de la séance	
Contexte 	Introduisez la séance en expliquant que cette séance sera l'occasion d'approfondir la pratique clinique. Encouragez les participants à poursuivre leur apprentissage par l'auto-apprentissage, l'utilisation d'aide-mémoires et la pratique sur le terrain. Il peut s'agir d'un examen de cas cliniques, d'une supervision et d'un mentorat.

Exercice 14.1
Simulations
cliniques
(180 minutes)
(30 minutes de
préparation,
120 minutes de
jeu de rôle et
30 minutes de
débriefing)



Instructions à l'attention des facilitateurs

- **Cette séance nécessite une importante préparation préalable.** En fonction du contexte, il peut être nécessaire d'évaluer les ressources disponibles et de déterminer la méthode la plus appropriée pour mettre en place des simulations longtemps à l'avance.
- Les facilitateurs disposent de plusieurs possibilités pour représenter les blessures sur le corps des personnes survivantes dans les scénarios de simulation. Il peut s'agir de coller des images des blessures sur le corps du volontaire jouant le rôle de la personne survivante, d'utiliser du maquillage ou des produits cosmétiques pour simuler les blessures, ou d'associer ces deux possibilités. Lorsque les ressources le permettent, des mannequins infirmiers et/ou obstétricaux peuvent être utilisés. Certains mannequins utilisés à des fins pédagogiques peuvent inclure des options d'encliquetage pour les organes génitaux masculins et féminins et d'autres possibilités pour l'évaluation et la documentation des traumatismes physiques.
- Pour le scénario concernant un enfant survivant (scénario 5, ressource 14.2), incluez dans le poste de simulation des éléments qui devraient être présents dans un espace adapté aux enfants (par exemple, du matériel de dessin, des petits jouets, des poupées, etc.).
- La simulation est un jeu de rôle dynamique dans lequel les conditions du scénario évoluent en fonction des décisions et des actions des participants. Les facilitateurs soutiendront l'exercice de simulation en « plantant le décor » et en informant les participants de nouveaux détails ou de mises à jour sur le contexte opérationnel au fur et à mesure qu'ils avancent dans l'exercice, afin de tester leurs connaissances et leurs capacités de résolution de problèmes (voir la ressource 14.2).
- Des instructions complètes pour chaque scénario de simulation sont présentées dans la ressource 14.2 (Notes sur les scénarios de simulation clinique), y compris des instructions pour les jeux de rôle, des notes sur le contexte pour les facilitateurs et des questions pour le débriefing des scénarios. Les modifications visant à simuler les cas et les défis les plus probables auxquels les participants seront confrontés dans la pratique sont encouragées.
- En outre, les facilitateurs fourniront à chaque personne un retour d'information sur les aptitudes et les compétences qu'elle a démontrées au cours de la simulation, à l'aide de la ressource 14.1 (formulaire d'observations et de retour d'information). Vérifiez le respect du protocole clinique de PECV/VPI, l'application des principes de soins centrés sur la personne survivante et la pratique du soutien de première ligne.
- Chaque scénario comprend au moins deux rôles : la personne survivante et l'agent(e) de santé. Veillez à ce que chaque personne participante joue le rôle de l'agent(e) de santé dans la simulation au moins une fois, afin de mettre en pratique les compétences et les connaissances acquises lors de la formation.
- Les facilitateurs peuvent envisager d'inviter trois à cinq volontaires issus de leurs réseaux professionnels à jouer des rôles supplémentaires lors de la simulation. L'ajout de rôles supplémentaires (de personnes de soutien des personnes survivantes, d'autres agents de santé ou de gestionnaires d'établissements de santé, par exemple) peut contribuer à créer un environnement de simulation qui ressemble davantage à celui d'un véritable établissement de santé. L'ajout de ces rôles peut aider les participants à mettre en pratique leurs compétences et à relever les défis uniques qui se posent sur le lieu de travail dans le secteur de la santé. Les volontaires appelés à jouer ces rôles supplémentaires dans le cadre de l'exercice de simulation doivent avoir de solides connaissances et une bonne compréhension de la VBG. Ces personnes ne doivent pas être sélectionnées parmi les participants.
- Demandez aux participants jouant le rôle d'une personne survivante de se familiariser avec l'anamnèse complète ainsi que la description des blessures fournies en amont de la simulation (voir la ressource 14.2). Les participants peuvent consulter ces documents pendant la simulation si nécessaire, mais dans la moindre mesure possible.
- Il convient de prévoir environ 30 à 45 minutes pour l'installation de l'environnement de simulation. Les facilitateurs peuvent se référer à l'[annexe 1](#) de l'exemple de programme A pour obtenir des conseils sur la manière d'intégrer la simulation dans un programme de formation complet en prévoyant un temps d'installation suffisant.
- **Prévoyez** environ une heure par scénario. Le temps alloué à cette activité doit être suffisant pour permettre à chaque personne participante de jouer le rôle d'un(e) agent(e) de santé au moins une fois, et idéalement dans deux scénarios (soit 2 heures au total).

» Deux options d'aménagement des postes de simulation sont proposées ci-dessous. Choisissez celle qui convient le mieux, en fonction du temps et des ressources disponibles.

- Option A. Installez deux postes de simulation. Répartissez les participants jouant le rôle d'agents de santé en deux groupes. Cette option fonctionne mieux avec des groupes de trois à cinq personnes. Pour chaque simulation, demandez aux participants de jouer tour à tour le rôle de l'agent(e) de santé. Chaque personne participante doit s'appuyer sur les actions et les décisions prises par la personne participante qui la précède dans la simulation. Encouragez les participants à offrir un soutien et un retour d'information. Permettez aux participants de « faire appel à un collègue » s'ils se sentent bloqués ou ne savent pas comment procéder pendant le scénario.
 - Option B. Installez cinq postes de simulation. Répartissez les participants jouant le rôle d'agents de santé en binômes. Au sein de chaque binôme, une personne jouera le rôle de l'agent(e) de santé et l'autre celui de son assistant(e). Chaque binôme travaillera en collaboration pour répondre aux besoins de la personne survivante dans le cadre de l'exercice de simulation. Désignez cinq volontaires pour jouer le rôle de facilitateurs (un par poste) et cinq volontaires pour jouer le rôle de personnes survivantes (un par poste). Les facilitateurs de la formation doivent passer entre les cinq postes de simulation pour offrir un retour d'information à chaque personne participante. Jouez les scénarios de simulation deux fois, afin que chaque personne participante ait la possibilité de jouer le rôle de l'agent(e) de santé.
- Lorsqu'ils jouent le rôle de l'agent(e) de santé, les participants doivent utiliser des exemplaires de l'aide-mémoire 9a (« Modèle de formulaire d'anamnèse et d'examen en cas d'agression sexuelle ») et de l'aide-mémoire 10c (« Pictogrammes de documentation des blessures ») pour la documentation (un exemplaire de chaque aide-mémoire peut être imprimé pour chaque participant à partir de l'annexe B en ligne – Aide-mémoires pour les participants).
 - Les facilitateurs des exercices de simulation doivent effectuer un bilan de 5 à 10 minutes avec les participants à l'issue de chaque simulation. Des questions de bilan spécifiques à chaque scénario se trouvent à la fin de la feuille d'instructions (voir la ressource 14.2).
 - Après les simulations, prévoyez 30 minutes de bilan en séance plénière afin d'encourager l'échange d'expériences entre les différents groupes de simulation.

Remarque : AUCUNE simulation d'examen pelvien avec des volontaires réels ne doit être réalisée dans le cadre de cette formation.

Si un examen pelvien est justifié dans un scénario donné, les prestataires doivent passer par l'étape du consentement éclairé, puis demander au facilitateur de fournir un résumé verbal des résultats de l'examen pelvien.

Clôture



Demandez aux participants s'ils ont des **questions ou des préoccupations**. Énoncez les **messages clés** (diapositive 14.4) :

- L'acquisition de compétences cliniques telles que la fourniture d'un soutien de première ligne, la détection de la VPI par l'observation des signes et des symptômes, l'obtention du consentement éclairé des personnes survivantes d'agressions sexuelles et la connaissance des éléments à examiner lors d'un examen physique complet nécessite de la pratique.
- Plus vous pratiquerez, plus vous serez à l'aise et plus vous gagnerez en compétence.
- Cette séance vous donne l'occasion de mettre en pratique ce que vous avez appris, mais il est important de continuer de vous entraîner et de solliciter des retours d'information de vos pairs/collègues et de vos superviseurs sur la manière dont vous pouvez continuellement améliorer votre pratique clinique après la formation.
- Vous pouvez obtenir des retours d'information en examinant des cas cliniques difficiles, en examinant des dossiers ou en sollicitant directement un retour d'information.

Séance 15. Examen médico-légal (facultatif)

Préparation et informations générales	
Objectifs pédagogiques et compétences 	Objectif 3 : Démontrer des compétences cliniques adaptées au champ de pratique pour prendre en charge les agressions sexuelles et la VPI. Compétence : Savoir quand et comment recueillir des preuves médico-légales.
Durée de la séance 	45 minutes
Diapositives et exercices 	Séance 15, diapositives 15.1 à 15.30, y compris les vidéos (45 minutes)
Fournitures et documents à distribuer 	- Vidéo : Collection of evidence during examination (Recueil de preuves durant l'examen), disponible à l'adresse suivante : https://www.youtube.com/watch?v=TU6vNcttaW4 - Vidéo : Collecting, handling and storing physical evidence (Recueil, manipulation et conservation de preuves physiques), disponible à l'adresse suivante : https://youtu.be/3YmAkBTq9vg
Lectures complémentaires 	<i>Renforcement de la réponse médico légale en cas de violence sexuelle</i>¹⁰ - Aide-mémoire 15a. Conseils relatifs à l'examen médico-légal et au prélèvement d'échantillons
Préparation préalable au contexte local 	- Préparez-vous à l'avance en passant en revue les aspects suivants du contexte juridique et politique afin qu'ils puissent être discutés lors de la séance. » Qui peut procéder à un examen médico-légal ? (Tout médecin ou infirmier, ou plutôt un spécialiste en médecine légale ?) » Quelle est la formation minimale requise ? » Qui peut être auditionné en tant que témoin expert devant un tribunal ? » Quels sont les formulaires à remplir pour documenter les preuves médico-légales ? » Il est nécessaire d'adapter les diapositives 15.6 et 15.7 au contexte local avant la tenue de cette séance.

¹⁰ Organisation mondiale de la Santé, Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. *Renforcement de la réponse médico légale en cas de violence sexuelle*. OMS, Genève (Suisse), 2015 (<https://iris.who.int/handle/10665/207473>).

Contenu de la séance

Contexte



Cette séance porte sur le recueil de preuves médico-légales après une agression sexuelle.

Les agents de santé chargés de procéder à des examens médico-légaux tendent parfois à considérer le recueil de preuves médico-légales comme leur tâche principale après un viol. Cependant, leur tâche principale consiste en réalité à apporter des soins cliniques, y compris une assistance de première ligne.

Néanmoins, si un(e) agent(e) de santé travaille dans un contexte où il ou elle sera amené à réaliser des examens médico-légaux et à recueillir des preuves, il ou elle doit connaître les lois et les politiques nationales et locales sur les agressions sexuelles, y compris les lois et les politiques relatives au recueil de preuves médico-légales.

Les agents de santé dont le champ de pratique ne leur permet pas de certifier des formulaires et des preuves médico-légales, ou qui ne sont pas légalement autorisés à le faire, doivent endosser un rôle d'appui/ d'assistance lors des examens médico-légaux.

Présentation et diapositives (45 minutes)



Fondements de la médecine légale (diapositives 15.4 à 15.9)

- Si la personne survivante décide de s'adresser à la police ou de demander réparation en justice, ou si elle souhaite le faire à l'avenir, il peut être important de recueillir des preuves médico-légales. En outre, la loi peut l'exiger.
- La santé, le bien-être émotionnel et la sécurité de la personne survivante sont les points à prendre en compte en priorité.
- Avant de commencer l'examen ou le recueil de preuves, l'agent(e) de santé doit expliquer à la personne survivante en quoi consiste le recueil de preuves. Si la personne souhaite que des preuves soient recueillies, faites appel à un(e) agent(e) de santé spécialement formé(e) à cela ou référez la personne vers un(e) tel(le) agent(e).
- La documentation de l'examen peut être utile en elle-même si la personne survivante décide d'intenter une action en justice.
- Une solide anamnèse et une description détaillée de l'agression sexuelle permettront d'orienter les examens physiques et médico-légaux ainsi que le recueil de preuves.
- Pour minimiser la détresse et le traumatisme de la personne survivante, essayez de combiner l'examen physique et le recueil de preuves médico-légales en un seul examen.

Examen médico-légal : conseils généraux et aide-mémoires pour l'examen physique

- L'examen physique complet est principalement destiné à la prise en charge médicale, mais il est également utile pour la documentation médico-légale.
- Pour conseiller une personne survivante au sujet des différentes possibilités liées à l'examen médico-légal et au recueil de preuves, il est essentiel de bien comprendre et de bien connaître les lois et les réglementations applicables (diapositives 15.6 et 15.7). Il est nécessaire d'adapter ces diapositives au contexte local avant la tenue de la séance.
- Les principes directeurs de la conduite d'un examen médico-légal sont les suivants :
 - » La santé, le bien-être émotionnel et la sécurité de la personne survivante doivent primer sur tout le reste. Dans de nombreuses situations d'urgence, le recueil de preuves médico-légales peut être inapproprié.
 - » Le récit de l'agression sexuelle et des activités réalisées (par exemple, prendre un bain, aller aux toilettes, laver ses vêtements) et du temps écoulé depuis l'agression déterminent les prélèvements à effectuer.
 - » Les preuves médico-légales recueillies doivent faire l'objet d'un étiquetage, d'une documentation et d'une conservation rigoureux (pour éviter toute contamination).
 - » Il est important de ne pas tirer de conclusions sur le fait qu'un viol ait ou non eu lieu à partir de preuves d'une activité sexuelle. C'est aux tribunaux de statuer sur ce point.
- **Preuves matérielles** (diapositives 15.10 à 15.13)
 - » Les preuves matérielles recouvrent les objets étrangers utilisés lors de la perpétration de la violence, les matériaux environnementaux provenant du lieu où la violence a eu lieu et les prélèvements biologiques pouvant contenir l'ADN de l'auteur ou des auteurs de l'agression.
 - » Le fait de documenter les blessures et d'effectuer des prélèvements (de sang, de cheveux, de salive ou de sperme) dans les 72 heures suivant l'agression sexuelle peut contribuer à étayer le récit de la personne survivante et à identifier l'auteur ou les auteurs de l'agression. Si la personne survivante se présente plus de 72 heures après l'agression sexuelle, ou si elle s'est lavée ou a lavé les vêtements qu'elle portait lors de l'agression, la quantité et le type de preuves pouvant être recueillies dépendent de la situation.

- **Recueil, traitement et conservation des preuves matérielles** (diapositives 15.14 à 15.17)
 - » Afin de maximiser la qualité des preuves présentées, il est essentiel de documenter de manière précise et rigoureuse les procédures de recueil de prélèvements, leurs limites, les extraits du récit de l'agression par la personne survivante, ainsi que les conditions de l'examen (par exemple, un mauvais éclairage).
 - » Veillez à conserver les preuves dans des lieux où les échantillons sont à l'abri des intempéries et de toute contamination (par exemple, des lieux de stockage interdits aux animaux et dotés d'un dispositif de contrôle du niveau d'humidité).
 - » Portez toujours des gants et d'autres équipements de protection pour éviter que votre propre ADN ne contamine l'échantillon.
 - » Chaque échantillon et son site de prélèvement doivent être placés dans un sac ou une enveloppe de preuves unique.
 - » Les écouvillons contenant des prélèvements biologiques doivent être complètement secs avant d'être placés dans un sac de preuves.
- **La documentation des blessures en tant que preuves** (diapositives 15.19 à 15.25)
 - » L'absence de blessures ne signifie pas qu'il n'y a pas eu d'agression.
 - » Fournissez une description détaillée des blessures de la personne survivante, en utilisant une terminologie scientifique et clinique. Si vous documentez le récit d'une personne survivante expliquant la cause d'une blessure, utilisez ses mots exacts, entre guillemets.
 - » N'oubliez pas qu'en l'absence d'objets étrangers ou de prélèvements biologiques, un certificat médico-légal présentant les résultats d'un examen physique approfondi peut être rempli et soumis conformément aux exigences de déclaration obligatoires.
- **Témoigner devant un tribunal** (diapositives 15.26 à 15.28)
 - » Que vous ayez recueilli des preuves matérielles ou fourni des services médico-légaux formels, vous pouvez être appelé à témoigner si l'affaire est portée devant un tribunal.
 - » Votre rôle est de rendre compte des résultats cliniques et des traitements fournis, sans indiquer s'il s'agit ou non d'un viol.
 - » Si un laps de temps important s'est écoulé entre la prestation des soins et l'assignation à témoigner, fiez-vous à vos registres et au dossier de la patiente.

Discussion encadrée

- Demandez aux participants s'ils ont des questions et répondez-y le cas échéant.
- Renvoyez les participants vers les lectures et les ressources complémentaires.

Clôture



Énoncez les **messages clés** (diapositive 15.29) :

- Ne recueillir de preuves médico-légales que lorsque les quatre conditions suivantes sont remplies :
 1. La personne survivante souhaite aller voir la police, ou bien cela est obligatoire.
 2. Moins de cinq jours se sont écoulés depuis l'agression.
 3. L'agent(e) de santé a été formé(e) à la réalisation d'examen(s) médico-légaux.
 4. Un laboratoire d'analyses médico-légales est disponible.
- Un consentement distinct est nécessaire pour la réalisation d'un examen médico-légal.
- Réaliser un examen physique complet, mais sans toucher vaginal/« test des deux doigts ».
- L'anamnèse de l'agression doit servir de base au recueil de preuves médico-légales.
- La possibilité de recueillir des preuves dépend du temps écoulé et des activités réalisées depuis l'agression.
- Il est impératif de bien étiqueter les échantillons, de les accompagner d'une documentation détaillée et de les conserver de manière à éviter toute contamination.

Séance 16. Conclusion

Préparation et informations générales	
Durée de la séance 	40 minutes 20 minutes (<i>présentation facultative des certificats de réussite</i>)
Diapositives et exercices 	Séance 16, diapositives 16.1 à 16.6
Fournitures et documents à distribuer 	- Aide-mémoire 16a. Plan d'action post-formation. À imprimer à partir de l'annexe B en ligne – Aide-mémoires pour les participants. - Exemplaires du formulaire de retour d'information après la formation. Imprimez à partir de l'annexe 8. - Exemplaires de l'évaluation post-formation (facultatif). Imprimez à partir de l'annexe 8. - Exemplaires du certificat de réussite (annexe 5)
Contenu de la séance	
Discussion encadrée (10 minutes) 	Remerciez les participants pour leur participation. Revenez sur les craintes soulevées lors de l'exercice « Craintes et motivations » de la séance 0. Si des craintes ou des préoccupations particulièrement courantes avaient été soulevées lors de l'exercice initial, répétez le contenu de la formation qui les a abordées. Concluez la formation (diapositives 16.3 à 16.5) en rappelant aux participants l'important rôle qu'ils ont à jouer dans la lutte contre les agressions sexuelles et la VPI. Rappelez-leur que le soutien de première ligne est une intervention importante qui contribue au parcours de guérison des personnes survivantes. Rappelez-leur que si cette formation permet d'acquérir des connaissances et des compétences pour être prêt(e) à dispenser des soins, l'apprentissage est un processus continu et c'est pourquoi il est important, après la formation, de maintenir ses compétences et ses connaissances à jour en utilisant les moyens suivants : » des séances de remise à niveau axées sur les domaines, les sujets ou les compétences les plus difficiles à mettre en œuvre ; » des examens de cas cliniques expliquant notamment comment traiter les cas difficiles et ce qui peut être fait pour améliorer les soins et la prise en charge ; » des aide-mémoires à titre de références et de rappels ; » l'auto-apprentissage, y compris via des cours en ligne et des lectures sur le sujet ; » le mentorat par des cliniciens expérimentés ; » une réflexion sur l'amélioration de la qualité. Encouragez les participants à continuer de mettre en pratique leurs compétences et à se tourner vers les autres participants à cette formation pour obtenir du soutien (par exemple, certains groupes de stagiaires ont créé un groupe WhatsApp pour rester en contact). Rappelez-leur de s'appuyer sur les Directives sur la PECV/VPI, ainsi que sur les protocoles nationaux, les documents distribués dans le cadre de cette formation et leurs collègues, afin de continuer de bénéficier d'un soutien continu.

Plan d'action (20 minutes) 	• Répartissez les participants en petits groupes. Les participants travaillant dans le même établissement de santé ou la même clinique mobile/le même camp de santé doivent être placés dans le même groupe. Si les participants travaillent principalement dans des contextes où ils sont les seuls prestataires de soins, essayez de rassembler ceux qui travaillent dans la même zone de santé ou la même unité administrative de santé. • Affichez la diapositive 16.5. Insistez sur l'importance de choisir des objectifs réalisables. Encouragez une série d'objectifs qui touchent à différents aspects des soins centrés sur la personne survivante (par exemple, engager une réflexion personnelle sur la manière de réduire les préjugés dans le cadre de la prestation des soins ; demander un soutien formel de la part des pairs ou un examen du cas par les superviseurs ; devenir compétent en matière de soutien de première ligne). • Expliquez comment remplir une feuille de travail de plan d'action en utilisant l'exemple fourni dans l'aide-mémoire. Se reporter à l'aide-mémoire 16a. • Les participants disposeront de 20 minutes pour élaborer leur plan d'action personnel.
Cérémonie de remise des certificats (20 minutes, facultatif) 	• Distribuez le formulaire de retour d'information post-formation (voir l'annexe 8) et demandez aux participants de le remplir. Leurs réponses seront utilisées pour orienter et améliorer les formations suivantes. • Remplissez un certificat pour chaque personne participante pendant qu'elle fait son évaluation et distribuez-le lorsqu'elle vous remet le formulaire de retour d'information après la formation. Si vous avez des doutes sur l'aptitude d'une personne participante à fournir des soins à des personnes survivantes d'agressions sexuelles ou de VPI, invitez cette personne à s'entretenir avec vous en privé ou adressez-vous à son supérieur hiérarchique. • Si vous disposez de plus de temps, demandez aux participants de remplir un formulaire de retour d'information après la formation et de vous le remettre. Ne proposez ce questionnaire que si vous avez également demandé aux participants de remplir un questionnaire avant le début de la formation, afin de savoir si celle-ci a contribué à améliorer leurs connaissances, leurs attitudes et leur préparation. Remerciez à nouveau les participants pour leur présence et leur participation.

Bibliographie

- Chang J. C., Decker M. R., Moracco K. E., Martin S. L., Petersen R. et Frasier P. Y., « Asking about intimate partner violence: advice from female survivors to health care providers ». *Patient Education and Counseling*, vol. 59, n° 2, 2005, p. 141-147 (<https://doi.org/10.1016/j.pec.2004.10.008>).
- Chang J. C., Dado D., Hawker L., Cluss P. A., Buranosky R., Slagel L. et al., « Understanding turning points in intimate partner violence: factors and circumstances leading women victims toward change ». *Journal of Women's Health*, vol. 19, n° 2, 2010, p. 251-259 (<https://doi.org/10.1089/jwh.2009.1568>).
- García-Moreno C., Hegarty K., d'Oliveira A. F. L., Koziol-MacLain J., Colombini M. et Feder G., « The health-systems response to violence against women ». *The Lancet*, vol. 385, n° 9977, 2015, p. 1567-1579 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61837-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61837-7)).
- Domaine de responsabilité sur la violence basée sur le genre, *Handbook for coordinating gender-based violence interventions in emergencies*. Domaine de responsabilité sur la violence basée sur le genre, Fonds des Nations Unies pour la population, New York (États-Unis), 2019 (https://gbvaor.net/sites/default/files/2019-07/Handbook%20for%20Coordinating%20GBV%20in%20Emergencies_fin.pdf).
- Domaine de responsabilité sur la violence basée sur le genre, *Soutenir l'adoption de la pratique centrée sur les survivants : Construire un consensus entre les acteurs de la VBG et de la SMSPS autour de principes directeurs et de recommandations partagés pour faire progresser la pratique*. Global Women's Institute, Trócaire, 2023 (<https://gbvaor.net/node/1880>).
- Gender-based Violence Information Management System (GBVIMS) Steering Committee, *Interagency gender-based violence case management guidelines*. International Medical Corps, Comité international de secours, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Fonds des Nations Unies pour la population et Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, 2017 (https://www.gbvim.com/wp/wp-content/uploads/Interagency-GBV-Case-Management-Guidelines_Final_2017.pdf).
- Directives de l'IASC pour l'intégration d'interventions ciblant la violence basée sur le genre dans l'action humanitaire : Réduction des risques, promotion de la résilience et aide au relèvement. Comité permanent interorganisations, Groupe mondial de la protection, New York (États-Unis), 2015 (https://gbvguidelines.org/wp/wp-content/uploads/2016/03/2015-IASC-Directrices-VBG_version-francaise.pdf).
- Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situation de crise (IAWG), Dispositif minimum d'urgence pour la santé sexuelle et reproductive. Fonds des Nations unies pour la population, New York (États-Unis), 2020 (<https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/MISP-French-web.pdf>).
- Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situation de crise (IAWG), Ressources sur les soins cliniques pour les personnes survivantes d'agressions sexuelles : vidéos de formation [site Web]. Comité international de secours, New York (États-Unis), 2020 (<https://iawg.net/resources/clinical-care-for-sexual-assault-survivors/ccsas-resources>).
- Murphy M., Ellsberg M., Balgun A. et Garcia-Moreno C., « Risk and protective factors for violence against women and girls living in conflict and natural-disaster affected settings: a systematic review ». *Trauma Violence & Abuse*, vol. 23, n° 5, 2023, p. 3328-3345 (<https://doi.org/10.1177/15248380221129303>).
- Guidelines for the prevention and management of vicarious trauma among researchers of sexual and intimate partner violence. Initiative de recherche sur la violence sexuelle, Pretoria, 2015 (https://ovc.ojp.gov/sites/g/files/xyckuh226/files/media/document/os_guidelines_for_researchers-508.pdf).
- Le manuel Sphère : La charte humanitaire et les standards minimums de l'intervention humanitaire, quatrième édition. Association Sphère, Genève (Suisse), 2018 (<https://www.spherestandards.org/fr/manuel-2018/>).
- Fonds des Nations Unies pour la population, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, « Boys on the move: the toxic GBV tree ». Fonds des Nations Unies pour la population, New York (États-Unis), 2019 (<https://eeca.unfpa.org/en/publications/boys-move-toxic-gbv-tree>).
- « Health sector response to violence against women: A WHO e-learning for health care providers to respond to violence against women (VAW) » [site Web]. Organisation mondiale de la Santé, Genève (Suisse), 2023 (<https://vawhealthresponse.org/>).
- Prise en charge des femmes survivantes de violence : Programme de formation de l'OMS à l'intention des prestataires de soins de santé. Nouvelle édition révisée de 2021. Organisation mondiale de la Santé, Genève (Suisse), 2021 (<https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789240039803>). Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

« Prise en charge clinique des survivantes de viol et de violence exercée par un partenaire intime - Programme iLearn ». Organisation mondiale de la Santé, Genève (Suisse), 2021 (<https://healthcluster.who.int/newsroom/news/item/01-07-2021-clinical-management-of-rape-and-intimate-partner-violence-survivors-ilearn-course>).

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. Organisation mondiale de la Santé, Genève (Suisse), 2020 (<https://iris.who.int/handle/10665/331535>). Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infections: recommendations for a public health approach, deuxième édition. Organisation mondiale de la Santé, Genève (Suisse), 2016. Voir le chapitre 3 (<https://iris.who.int/handle/10665/208825>).

Faire ce qui compte en période de stress : un guide illustré. Organisation mondiale de la Santé, Genève (Suisse), 2020 (<https://iris.who.int/handle/10665/336217>). Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Soins de santé pour les femmes victimes d'actes de violence commis par un partenaire intime ou d'actes de violence sexuelle : Manuel clinique. Organisation mondiale de la Santé, Genève (Suisse), 2014 (<https://iris.who.int/handle/10665/136101>). (fréquemment désigné dans cette publication par l'abréviation « Manuel clinique »).

Intervenir en cas de maltraitance des enfants : Manuel clinique destiné aux professionnels de santé. Organisation mondiale de la Santé, Genève (Suisse), 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/361272>). Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines. Organisation mondiale de la Santé, Genève (Suisse), 2017 (<https://iris.who.int/handle/10665/259270>). Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO. (fréquemment désignées dans cette publication par l'abréviation « Directives de l'OMS sur la prise en charge des enfants ayant subi des abus sexuels »)

Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Organisation mondiale de la Santé, Genève (Suisse), 2013 (<https://iris.who.int/handle/10665/85240>).

Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives, 3e édition. Organisation mondiale de la Santé, Genève (Suisse), 2016 (<https://iris.who.int/handle/10665/259677>).

Renforcer le système de santé afin de répondre aux femmes qui subissent de la violence exercée par un partenaire intime et de la violence sexuelle : Manuel destiné aux gestionnaires de santé. Organisation mondiale de la Santé, Genève (Suisse), 2017 (<https://iris.who.int/handle/10665/345377>). Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Violence against women prevalence estimates, 2018. Organisation mondiale de la Santé, Genève (Suisse), 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/341337>). Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

WHO guidelines for the treatment of Chlamydia trachomatis. Organisation mondiale de la Santé, Genève (Suisse), 2016 (<https://iris.who.int/handle/10665/246165>).

WHO guidelines for the treatment of genital herpes simplex virus. Organisation mondiale de la Santé, Genève (Suisse), 2016 (<https://iris.who.int/handle/10665/250693>).

WHO guidelines for the treatment of Neisseria gonorrhoeae. Organisation mondiale de la Santé, Genève (Suisse), 2016 (<https://iris.who.int/handle/10665/246114>).

WHO guidelines for the treatment of Treponema pallidum (syphilis). Organisation mondiale de la Santé, Genève (Suisse), 2016 (<https://iris.who.int/handle/10665/249572>).

Organisation mondiale de la Santé, Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. *Renforcement de la réponse médico légale en cas de violence sexuelle*. Organisation mondiale de la Santé, Genève (Suisse), 2015 (<https://iris.who.int/handle/10665/207473>).

Guide d'intervention mhGAP pour la prise en charge des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées, version 2.0. Organisation mondiale de la Santé, Genève (Suisse), 2016 (<https://iris.who.int/handle/10665/274363>).

Women's Refugee Commission, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *The role of linguistic and cultural mediators: a guide with a focus on gender-based violence and sexual violence against men and boys*. Fonds des Nations Unies pour l'enfance, New York (États-Unis), 2021.

Annexe 1. Horaires de formation et exemples de programmes

Programme de formation des agents de santé		Durée
Séance	Contenu de base	Contenu optionnel
Facultatif : Présentation du ministère	—	20-30 minutes
Orientation et présentations : Facultatif : Évaluation préalable à la formation	60 minutes	20 minutes
Séance 1. Appréhender la violence sexuelle et la VPI en tant que problème de santé publique	45 minutes	—
Séance 2. Améliorer la sensibilisation et la compréhension de l'expérience des personnes survivantes Facultatif : Exercices supplémentaires	90 minutes	30 minutes
Séance 3. Principes directeurs et aperçu de la prise en charge médicale des agressions sexuelles et de la VPI dans les situations d'urgence	30 minutes	—
Séance 4. Compétences du personnel de santé pour la communication avec les personnes survivantes	30 minutes	—
Séance 5. Connaître le contexte *En option : Exercice supplémentaire et invité	90 minutes	30 minutes
Séance 6. Identifier et prendre en charge la VPI	60 minutes	—
Séance 7. Soutien de première ligne avec l'approche VIV(RE), partie 1 : <u>V</u> raiment écouter, s' <u>i</u> nformer sur les besoins et les préoccupations, <u>v</u> alider	90 minutes	—
Séance 8. Soutien de première ligne avec l'approche (VIV)RE, partie 2 : <u>R</u> enforcer la sécurité et l' <u>E</u> ntourage	120 minutes	—
Séance 9. Prise en charge clinique des personnes survivantes d'agressions sexuelles, partie 1 : consentement éclairé et anamnèse	90 minutes	—
Séance 10. Prise en charge clinique des personnes survivantes d'agressions sexuelles, partie 2 : examen physique et documentation	90 minutes	—
Séance 11. Prise en charge clinique des personnes survivantes d'agressions sexuelles, partie 3 : traitement et soins	60 minutes	—
Séance 12. Santé mentale et soutien psychosocial (SMSPS)	60 minutes	—
Séance 13. Équilibre émotionnel et prévention de l'épuisement professionnel	30 minutes	15 minutes
Séance 14. Simulations cliniques	180 minutes	—
Séance 15. Examen médico-légal (facultatif) ^a	—	30 minutes
Séance 16. Conclusion Facultatif : Évaluation post-formation	40 minutes	20 minutes
Cérémonie de clôture et de remise des certificats (facultatif)	—	20-30 minutes
Durée totale	c.19,5 heures	c.3,5 heures

^a Pour ces séances, il est utile d'avoir la participation de représentants d'autres secteurs (par exemple, la police, l'aide juridique, la protection de l'enfance, les services sociaux, les ONG, etc.)

Remarque sur les exemples de programmes

Les séances de base destinées aux agents de santé de première ligne sont généralement dispensées sur quatre jours (voir l'exemple de programme A). L'expérience suggère qu'il s'agit de la durée idéale pour renforcer les compétences et la préparation des agents. Si vous élaborer un programme pour une formation de remise à niveau et/ou dans des contextes où tous les participants ont déjà reçu une formation sur les concepts fondamentaux liés au genre, aux agressions sexuelles et à la VPI, un programme abrégé peut être envisagé (voir l'exemple de programme B). Vous souhaitez peut-être élaborer un programme distinct pour les travailleurs sociaux, les psychologues cliniciens et les autres professionnels de la santé dont les fonctions n'impliquent pas la réalisation d'examens physiques. Les séances 0 à 8, certaines parties de la séance 12 ainsi que la séance 13 sont adaptées à tous les professionnels de santé.

S'il n'est pas possible de réunir les stagiaires pendant plusieurs jours dans votre contexte, le contenu peut être dispensé au moyen d'approches de formation à faible dose et à haute fréquence, par exemple des séances d'une demi-journée réparties sur plusieurs semaines et combinant des modules virtuels et en personne (voir l'exemple de programme C).

Les programmes ci-dessous fournissent des exemples pour i) une formation complète de quatre jours en personne (agents de santé et de soins de première ligne) ; ii) une formation en personne de deux jours pour les praticiens ayant reçu une formation préalable sur la dynamique du genre et l'impact des agressions sexuelles et de la VPI ; et iii) une approche hybride à faible dose et à haute fréquence. Vous devrez l'adapter au contexte local et aux contraintes de temps. Veillez à prévoir des activités dynamiques lorsque le groupe en a besoin, en particulier l'après-midi.

Exemple de programme A : Formation complète de quatre jours en personne

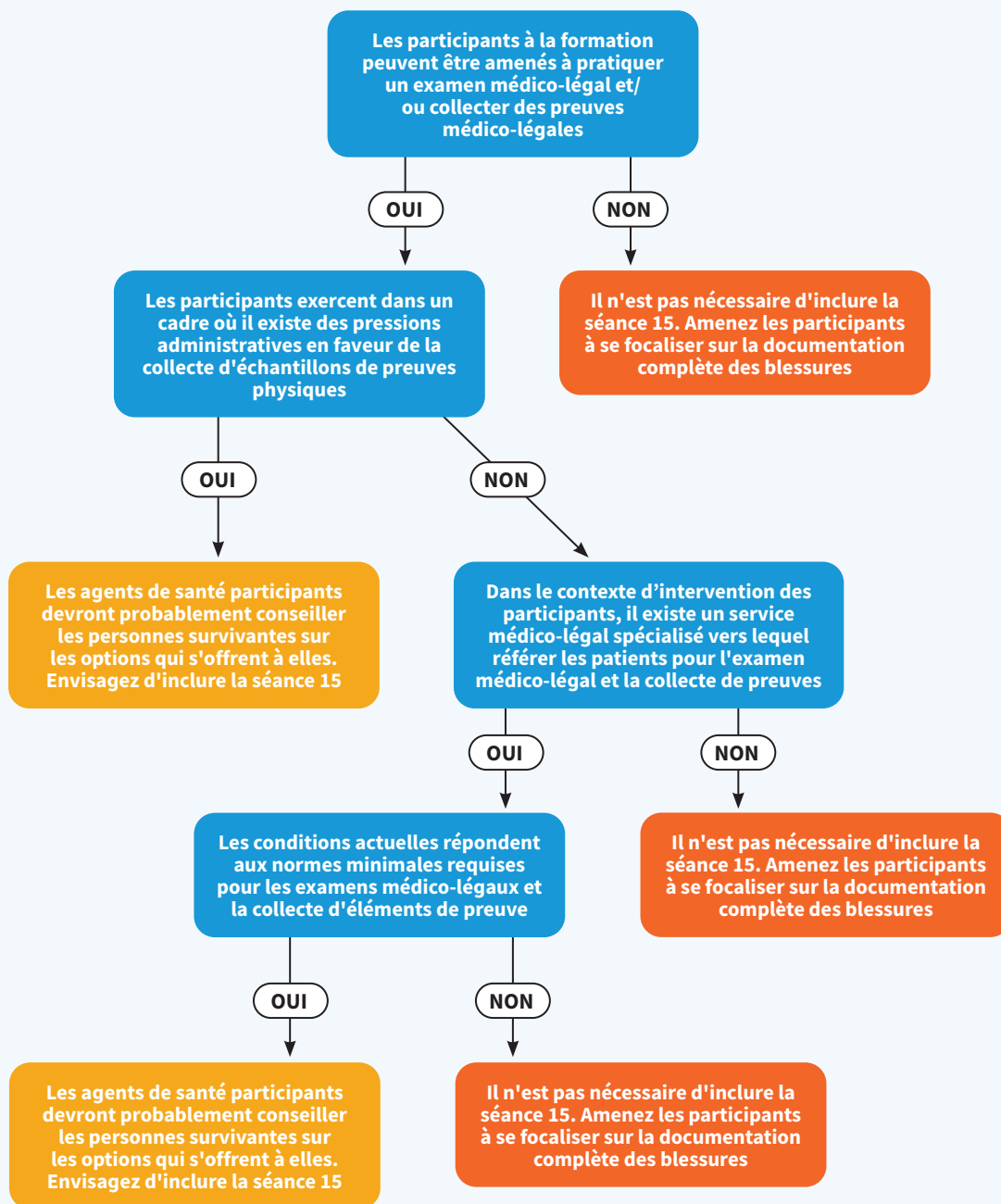
Jour 1	
9h00–9h45	Inscription des participants Accueil Questionnaire sur les connaissances, les attitudes et les pratiques (CAP) avant la formation (annexe 7)
9h45–10h45	Séance 0 : Orientation, présentations et attentes
10h45–11h00	PAUSE
11h00–11h45	Séance 1. Appréhender la violence sexuelle et la VPI en tant que problème de santé publique
11h45–13h15	Séance 2. Améliorer la sensibilisation et la compréhension de l'expérience des personnes survivantes
13h15–14h15	DÉJEUNER
14h15–14h45	Séance 3. Principes directeurs de la prise en charge clinique des agressions sexuelles et de la VPI dans les situations d'urgence
14h45–15h15	Séance 4. Compétences du personnel de santé pour la communication avec les personnes survivantes Exercice 4.1
15h15–15h30	Bilan de la journée : réponses aux questions gardées pour plus tard ; tout autre sujet pertinent
Jour 2	
9h00–9h15	Accueil ; résumé et réflexions des participants au sujet de la première journée
9h15–10h45	Séance 5. Connaître le contexte Exercice 5.2
10h45–11h00	PAUSE
11h00–12h00	Séance 6. Identifier et prendre en charge la VPI Exercice 6.1
12h00–13h30	Séance 7 : VIV(RE) – partie 1 Exercice 7.1
13h30–14h15	DÉJEUNER
14h15–16h15	Séance 8. VIV(RE) – partie 2 Exercice 8.1
16h15–16h30	Bilan de la journée : réponses aux questions gardées pour plus tard ; tout autre sujet pertinent

Jour 3	
9h00–9h15	Accueil ; résumé et réflexions des participants au sujet de la deuxième journée
9h15–10h45	Séance 9. Prise en charge clinique des personnes survivantes d'agressions sexuelles, partie 1 : consentement éclairé et anamnèse Exercice 9.1
10h45–11h00	PAUSE
11h00–12h30	Séance 10. Prise en charge clinique des personnes survivantes d'agressions sexuelles, partie 2 : examen physique et documentation Exercice 10.1
12h30–13h15	DÉJEUNER
13h15–14h15	Séance 11. Prise en charge clinique des personnes survivantes d'agressions sexuelles, partie 3 : traitement et soins Exercice 11.1
14h15–15h15	Séance 12. Santé mentale et soutien psychosocial (SMSPS) Exercices 12.1 et 12.2
15h15–15h45	Séance 13. Équilibre émotionnel et prévention de l'épuisement professionnel
15h45–16h00	Bilan de la journée : réponses aux questions gardées pour plus tard ; tout autre sujet pertinent
Jour 4	
9h00–9h30	Mise en place de la simulation
9h30–9h45	Accueil ; résumé et réflexions des participants au sujet de la troisième journée
9h45–11h00	Séance 14. Simulations cliniques
11h00–11h15	PAUSE
11h15–13h00	Séance 14. Simulations cliniques
13h00–14h00	DÉJEUNER
14h00–14h40	Plan d'action personnel post-formation et conclusion
14h40–15h00	Questionnaire post-formation (annexe 7)
15h00–15h30	Cérémonie de clôture

L'inclusion de la séance 15, qui porte sur le recueil de preuves médico-légales, est étroitement liée au contexte. Veuillez utiliser l'arbre de décision ci-dessous pour vous aider à déterminer si vous devez inclure la séance 15 dans votre exemple de programme A.

Arbre de décision sur l'inclusion ou non de la séance 15 dans l'exemple de programme A

Considérations relatives à l'inclusion de la séance 15 : Examen médico-légal (facultatif)



Exemple de programme B : Formation en personne de deux jours pour des participants préalablement formés à la violence sexuelle et à la VPI

Jour 1	
8h00–8h30	Accueil ; thé et café Questionnaire préalable à la formation (annexe 7)
8h30–9h30	Séance 0. Orientation, présentations et attentes
9h30–10h15	Séance combinée 1 et 2. Comprendre la violence sexuelle et la VPI et l'expérience des personnes survivantes
10h15–10h45	Séance 3. Principes directeurs de la prise en charge clinique des agressions sexuelles et de la VPI dans les situations d'urgence
10h45–11h00	PAUSE
11h00–11h30	Séance 4. Compétences du personnel de santé pour la communication avec les personnes survivantes Exercice 4.1
11h30–13h00	Séance 5. Connaître le contexte
13h00–14h00	DÉJEUNER
14h15–15h15	Séance 6. Détection et prise en charge de la VPI dans le cadre des soins de santé primaires
15h15–16h45	Séance 7. VIV(RE) – partie 1
16h45–17h00	Bilan de la journée : réponses aux questions gardées pour plus tard ; tout autre sujet pertinent
Jour 2	
8h00–8h15	Accueil ; thé et café
8h15–9h30	Séance 8. VIV(RE) – partie 2 Exercice 8.1
9h30–11h00	Séance 9. Prise en charge clinique des personnes survivantes d'agressions sexuelles, partie 1 : consentement éclairé et anamnèse
11h00–11h15	PAUSE
11h15–12h45	Séance 10. Prise en charge clinique des personnes survivantes d'agressions sexuelles, partie 2 : examen physique et documentation
12h45–13h45	DÉJEUNER
13h45–14h15	Séance 11. Prise en charge clinique des personnes survivantes d'agressions sexuelles, partie 3 : traitement et soins Omettre l'exercice 11.1
14h15–15h15	Séance 12. Santé mentale et soutien psychosocial (SMSPS) Exercice 12b
15h15–15h30	Pause
15h30–16h00	Séance 13. Équilibre émotionnel et prévention de l'épuisement professionnel
16h00–17h00	Plan d'action personnel post-formation ; formulaire de retour d'information après la formation (annexe 7)

Exemple de programme C : formation hybride

Il est recommandé que tous les participants réalisent la formation sur une période de 6 semaines, afin de renforcer leur apprentissage d'un module à l'autre. Toutefois, le calendrier exact des séances peut être adapté au contexte et les séances en personne peuvent être organisées en fonction des évaluations de la sécurité et de la sûreté effectuées chaque semaine.

Dans les contextes où il n'est pas possible d'assurer la formation en présentiel, les séances peuvent être adaptées afin d'être dispensées en ligne avec d'autres ressources de formation à distance (<https://get.disasterready.org/clinical-management-of-rape-and-intimate-partner-violence-survivors/>)

Programme hybride pour les travailleurs de première ligne		Modalités
Séance	Modalité proposée	Temps nécessaire
Préparation : lecture du Manuel clinique et des Directives sur la PECV/VPI Questionnaire préalable à la formation (annexe 8)	Auto-formation	60-90 minutes
Séances 0-1. Orientation, attentes et aperçu des agressions sexuelles et de la VPI dans les situations d'urgence Manuel du facilitateur en ligne Séance 1 : à venir	En direct/en personne ou en ligne n° 1	1,5 heure
Séances 2-4. Comprendre l'expérience des personnes survivantes et la manière dont les valeurs et les croyances des prestataires affectent les soins qu'ils prodiguent (Modules d'apprentissage en ligne de l'OMS M2-M6). https://vawhealthresponse.org/	Auto-formation	2-3 heures
Séance 5. Connaître le contexte	En direct/en personne n° 2	1,5 heure
Séances 6 et 7. Quand et comment identifier la VPI + l'approche VIV(RE) – partie 1 Manuel du facilitateur en ligne Séances 4 et 5 : à venir	En personne ou en ligne n° 3	2,5 heures
Séances 8-11. VIV(RE) – partie 2 et anamnèse, examen et traitement pour la PECV (modules d'apprentissage en ligne de l'OMS M7-8, M10 et M12). https://vawhealthresponse.org/ (Apprentissage en ligne de l'OMS sur la PECV/VPI dans les contextes humanitaires, étape 4) https://get.disasterready.org/clinical-management-of-rape-and-intimate-partner-violence-survivors-fr/	Auto-formation	3 heures
Séances 12-13. SMSPS, équilibre émotionnel et prévention de l'épuisement professionnel	En direct/en personne n° 4	2 heures
Plan d'action personnel post-formation Facultatif : Formulaire de retour d'information après la formation (annexe 8)	En direct ou envoyé par e-mail	20-40 minutes
Temps nécessaire estimé :	6-8 heures – auto-formation Quatre séances de 2 à 4 heures, en personne ou en ligne	

Annexe 2. Préparer une formation des formateurs

Introduction

Bien que ce module soit principalement destiné aux facilitateurs susceptibles de former eux-mêmes les agents de santé, dans de nombreux contextes, cette formation peut être et sera utilisée pour former d'autres formateurs, qui transmettront ensuite la formation aux agents de santé. En d'autres termes, cette formation peut être utilisée en tant que formation des formateurs, mais avec des considérations supplémentaires, décrites dans la présente annexe. Lorsque ce module de formation est utilisé pour former d'autres formateurs, un objectif d'apprentissage supplémentaire sera de démontrer les compétences nécessaires pour faciliter des formations pour d'autres formateurs en utilisant des approches d'apprentissage pour adultes. Les participants à une formation des formateurs peuvent être des agents de santé qui ont l'habitude d'enseigner à d'autres agents de santé, ou des cliniciens qui connaissent les principes de la PECV et les soins aux personnes survivantes de VPI parce qu'ils dispensent ces soins, mais qui ont une expérience limitée en matière de formation ou de facilitation. Cette note d'orientation fournit des considérations et des informations essentielles à inclure lors de la planification d'une formation des formateurs (ToT).

Considérations essentielles

- **Renseignez-vous sur le profil et le niveau d'expérience des facilitateurs que vous souhaitez former.** Il est souhaitable que la formation soit dispensée par des cliniciens qualifiés qui ont de l'expérience dans la prestation de soins de PECV/VPI. Il s'agira alors d'une formation entre pairs, car ces formateurs ont une certaine crédibilité auprès des stagiaires. Cependant, il n'est pas toujours possible de trouver des cliniciens experts en la matière pour former des formateurs et, dans certains contextes, même si ces personnes sont disponibles, elles peuvent être moins familières avec le contenu de ce programme. Par conséquent, pour une formation des formateurs s'adressant à des personnes ayant des connaissances sur la PECV/VPI, mais peu de compétences en facilitation, la formation peut être suivie en trois jours, mais des séances supplémentaires doivent être proposées en matière de formation et de facilitation fondées sur les principes de l'apprentissage pour adultes. En revanche, si les participants à la formation des formateurs sont des facilitateurs experts, mais qu'ils ont peu de connaissances sur la PECV/VPI, il convient de consacrer plus de temps au contenu de la formation et d'ajouter quelques séances supplémentaires de rappels en matière de facilitation, en appliquant les principes de l'apprentissage des adultes. Avant d'être agréés en tant que facilitateurs, tous les participants doivent être évalués sur leurs connaissances et leurs compétences dans les domaines suivants :
 - » principes de base de l'apprentissage et de la facilitation pour un public adulte (voir l'[annexe 3](#) : Conseils pour les facilitateurs) ;
 - » comment aborder et gérer les préjugés parmi les participants ;
 - » comment aider les participants à reconnaître et à gérer l'épuisement professionnel et à pratiquer l'auto-prise en charge ;
 - » diverses méthodologies de formation, y compris celles utilisées dans ce module : présentation, discussion guidée, démonstration, brainstorming, jeux de rôle, clarification des valeurs et simulation ;
 - » stratégies de gestion du temps ;
 - » techniques et activités pour gérer l'énergie des participants ;
 - » techniques pour fournir un retour d'information constructif et positif aux participants ;
 - » comment adapter et modifier les programmes, à l'avance ou au cours d'un programme de formation, pour répondre au contexte local, aux besoins des participants et aux défis inattendus ;
 - » maîtrise du contenu clinique.
- Les facilitateurs de la formation des formateurs doivent consulter l'[annexe 1](#) (Horaires de formation et exemples de programmes) afin de déterminer les meilleures options pour dispenser la formation. La formation est conçue pour être modulaire et adaptable, de sorte qu'un facilitateur peut ajouter du contenu et des activités supplémentaires sur la base des connaissances préalables des participants, de leurs fonctions et/ou du temps disponible pour dispenser la formation. Lorsque vous dispensez une formation des formateurs, veillez à respecter les points suivants :
 - » Déterminez si vous souhaitez modifier le format et la durée du programme de formation.
 - » Pensez à ajouter des exercices et des séances qui aideront les participants à mettre en pratique leurs compétences en facilitation.
 - » Donnez des conseils aux participants sur les principes, les techniques et les méthodologies de l'apprentissage des adultes.

- » Invitez les participants à cofaciliter certaines séances avec vous afin qu'ils puissent s'entraîner à dispenser la formation.
- » Donnez l'exemple de bonnes compétences en matière de facilitation en pratiquant la gestion du temps et les méthodes participatives, et en limitant votre propre utilisation de méthodes didactiques d'enseignement (c'est-à-dire en réduisant au minimum le temps consacré aux cours magistraux et à la présentation de diapositives).
- » Prévoyez une demi-journée supplémentaire si vous invitez les participants à organiser entre eux une mini-formation à titre de simulation (voir l'exercice A8.1 ci-dessous).
- » Insistez sur l'importance de la préparation, en vous préparant avec tous les supports et en adaptant vous-même le contenu au contexte local.
- » Au cours de la séance finale sur la planification des actions, discutez des préparatifs que les participants pourraient devoir entreprendre avant de dispenser la formation à d'autres participants.
- » Organisez une séance de réflexion avec les participants sur la manière de gérer les stagiaires difficiles, de gérer le temps, de faire face à la fatigue ou à la baisse d'énergie pendant les séances, et de gérer les stagiaires qui peuvent être perturbés ou affectés émotionnellement par le contenu de la formation.
- » Soulignez l'importance de faire preuve de flexibilité pour adapter le déploiement de la formation au temps disponible et/ou à la faisabilité de rassembler des agents de santé sur plusieurs jours.
- » Soulignez la nécessité de modifier les exemples de programme, en fonction du champ d'activité ou du niveau d'expérience des participants, et d'adapter la terminologie, les images, les activités dynamiques et les exercices participatifs au contexte culturel et juridique.
 - Par exemple, les séances 5 et 15, en particulier, contiennent beaucoup de contenu qui doit être adapté au contexte, aux lois et aux réglementations locales. Si vous préparez un groupe de formateurs qui travailleront dans un contexte spécifique, il est recommandé d'effectuer ces mises à jour avant la formation des formateurs. Si vous préparez un groupe de formateurs mondiaux ou régionaux, vous souhaitez peut-être consacrer plus de temps à ces séances, afin que les formateurs sachent comment adapter les séances à leur propre contexte de formation. Les ressources et les aide-mémoires pour les séances 5 et 15 nécessiteront toujours une préparation contextuelle.
 - Les ressources disponibles pour les simulations cliniques doivent être déterminées avant la formation des formateurs, et les futurs facilitateurs doivent être formés à la méthodologie qu'ils utiliseront. La séance 14 est basée sur les méthodologies de simulation clinique. Elle peut être dispensée à l'aide de mannequins, qu'il faut se procurer, ou de volontaires. Voir la ressource 14.1a dans l'annexe A en ligne – Ressources pour les facilitateurs pour plus d'informations sur la préparation et les fournitures nécessaires pour la séance 14.

Exercice A8.1. Former des formateurs à réaliser une simulation de formation

- Répartissez les participants en groupes de six la veille du dernier jour de la formation. Vous pouvez réunir des personnes du même établissement ou de la même région géographique, en fonction des personnes qui travailleront probablement ensemble en tant que formateurs à l'avenir.
- Accordez-leur une heure dans la soirée pour préparer une simulation de formation d'une heure, afin qu'ils travaillent en équipe pour préparer un programme et un calendrier de formation d'une heure.
- Chaque groupe sera jumelé avec un autre groupe. Un groupe sera invité à consacrer une heure à la formation de l'autre groupe, et les facilitateurs de la formation ainsi que le groupe qui reçoit la formation seront invités à offrir un retour d'information au groupe qui facilite la formation.
- Après une heure, le deuxième groupe sera invité à former le premier groupe, et le facilitateur et le premier groupe seront invités à offrir un retour d'information au groupe qui facilite la formation.
- Le facilitateur de la formation doit demander à chaque groupe d'inclure les éléments suivants dans la simulation de formation d'une heure :
 - » une présentation sur la PECV/VPI ;
 - » un exercice choisi parmi les suivants : Votez avec vos pieds, Le poids des reproches ou Mythes ou réalité ? ;
 - » un jeu de rôle.
- Le facilitateur doit fournir aux groupes les présentations, les instructions et le matériel nécessaires (tableau à feuilles, marqueurs, déclarations, scénarios pour les jeux de rôle, ressources imprimées), en fonction de ce qu'ils ont choisi pour leur simulation de formation.

- Les facilitateurs doivent noter les simulations de formation sur la base du travail en équipe, de la créativité, de la gestion du temps et de l'utilisation de méthodes participatives.
- Pour inciter davantage les participants à bien faire et pour rendre la simulation de formation plus amusante, vous pouvez, si cela est culturellement approprié, en faire un concours, en offrant un petit prix (par exemple, une boîte de chocolats ou de bonbons ou toute autre récompense culturellement appropriée) au groupe qui obtiendra la meilleure note. Cette option est facultative, mais l'expérience a montré qu'il s'agit d'un aspect très motivant de l'apprentissage d'une nouvelle compétence dans le cadre de la facilitation de formations.

Foire aux questions

Les questions ci-dessous ont été posées par des formateurs expérimentés et sont des questions auxquelles les facilitateurs peuvent avoir du mal à répondre. Les facilitateurs sont encouragés à les consulter lors de toute séance de formation pour les formateurs.

- **Cette formation permet-elle aux agents de santé de devenir qualifiés en tant que spécialistes en matière de PECV et de soins aux personnes survivantes de VPI ?**

Non. Bien que cette formation soit axée sur les compétences et conçue de manière à maximiser le temps consacré à la pratique des compétences, une formation ponctuelle ne suffit pas pour permettre aux agents de santé de maîtriser les compétences incluses dans cette formation. Les agents de santé auront besoin d'une pratique continue, ainsi que d'une supervision et d'un mentorat solides, pour continuer de développer leurs aptitudes, leur préparation et leurs compétences pour assurer une PECV/VPI.

- **Que faire s'il n'existe pas de services de santé mentale et de suivi psychosocial dans les contextes où mes stagiaires dispensent des soins cliniques ?**

Dans de nombreux contextes à faibles ressources, mais surtout dans les contextes humanitaires, la disponibilité et l'accessibilité des services de soutien psychosocial sont souvent limitées, qu'il s'agisse d'abris, d'appui aux moyens d'existence, de services juridiques ou de services de conseil. Les soins de santé mentale spécialisés sont limités dans la plupart des contextes à faibles ressources et peuvent être encore plus perturbés, indisponibles ou inaccessibles dans les contextes humanitaires. Les agents de santé formés à la PECV et à la prise en charge des personnes survivantes de VPI ne seront pas en mesure de répondre à tous les besoins de soutien des personnes survivantes, et il ne faut pas s'attendre à ce qu'ils le fassent. La disponibilité limitée, l'accès réduit et la perturbation des autres services de soutien peuvent constituer l'un des aspects les plus frustrants de la fourniture de services de PECV/VPI dans les situations d'urgence. Il est important, et souvent nécessaire, de rassurer les stagiaires en leur assurant que le fait d'apporter un soutien de première ligne aux personnes survivantes d'agressions sexuelles ou de VPI contribuera déjà à la guérison et au rétablissement d'un grand nombre d'entre elles, si ce n'est de toutes. En effet, des données montrent que pour de nombreuses personnes survivantes, le fait d'échanger avec des agents de santé empathiques, qui croient en elles et en leur récit, aide à lever le silence induit par la stigmatisation et la honte, et les met sur la voie de la guérison. Pour certaines personnes survivantes, le soutien de première ligne ne suffira pas et il faudra s'efforcer de trouver d'autres services de soutien.

Rappelez aux participants que le soutien psychosocial de base ou la psychoéducation, le soutien de première ligne (l'approche VIVRE) et le soutien à la réduction du stress n'ont pas nécessairement besoin d'être fournis par un spécialiste tel qu'un psychiatre ou un psychologue clinicien. Ils peuvent être fournis par le cercle social existant de la personne survivante ou par des organisations communautaires locales.

- **Il est difficile pour les personnes survivantes d'obtenir justice dans mon contexte. Que puis-je faire ?**

Rappelez-vous que le rôle des agents de santé est de fournir une prise en charge vitale et de favoriser le rétablissement et le bien-être d'une personne survivante. Chaque personne a sa propre conception de la justice, et les souhaits des personnes survivantes ne correspondent pas toujours au processus formel prévu par le gouvernement, la police ou les acteurs juridiques.

La fourniture d'un soutien de première ligne peut aider les personnes survivantes à se réapproprier leur pouvoir d'action. Il s'agit d'un premier pas important vers la justice si la personne survivante souhaite engager une procédure judiciaire.

Annexe 3. Conseils pour les facilitateurs

Préparation Voir la liste récapitulative pour la préparation, dans le tableau 2 de la section Pour commencer.
Prévoyez la taille de votre groupe Si le groupe est important, les facilitateurs peuvent avoir besoin d'une aide supplémentaire pour la logistique ou pour créer des groupes plus petits pour les activités de jeu de rôle.
Restez dans les temps et ne vous écartez pas du sujet Le facilitateur doit veiller à ce que la formation se déroule conformément au calendrier et au sujet prévus. Fixez d'emblée des objectifs pour éviter les digressions et réduire les longs récits au minimum. N'oubliez pas de respecter le temps imparti pour chaque séance. Vous devrez faire avancer la discussion et veiller à ce qu'elle reste ciblée. Si des questions hors sujet sont soulevées, informez les participants du moment où elles seront abordées ou gardez-les pour plus tard, afin d'y revenir avant une pause, après une pause ou à la fin de la journée.
Ayez conscience que le contenu peut mettre mal à l'aise et gérez les situations sensibles ou difficiles. Gardez en tête que certains aspects du contenu peuvent être dérangeants pour les participants qui ont subi de la violence dans leur propre vie. Dites aux participants que ceux qui se sentent mal à l'aise pendant la formation peuvent quitter la salle pour faire une pause et revenir lorsqu'ils se sentent prêts. Fournissez une liste des ressources communautaires susceptibles d'aider les participants en détresse en raison de leur propre expérience de la violence et mettez ces ressources à la disposition des participants. Si des participants interrompent la séance, dites-leur qu'il sera possible d'aborder leurs préoccupations individuellement après la formation.
« Décodez » les participants Pendant les présentations et les premières séances, étudiez votre public : • Détectez les participants qui devraient être à l'aise pour faire un jeu de rôle devant le groupe, et ceux qui pourraient être timides et préférer travailler en petit groupe ou en binôme. • Identifiez les participants les plus expérimentés dans la prestation de soins de santé aux personnes survivantes de violences sexuelles et/ou de VPI. » Les participants expérimentés peuvent vous être utiles pour diriger les jeux de rôle et donner des exemples. » Si nécessaire, vous pouvez faire appel à des participants expérimentés pour lancer la discussion.
Impliquez les participants Pour impliquer le plus grand nombre possible de participants, veillez à donner la parole à différentes personnes. Prenez garde à ne pas toujours interroger les participants expérimentés ; encouragez plutôt tout le monde à participer.
Bougez ! • Faire bouger les participants dans la salle au moment des activités de groupe peut contribuer à leur redonner de l'entrain et à entretenir la dynamique au cours d'une formation de plusieurs jours et/ou de longues journées. • Des idées pour bouger sont intégrées dans les séances et ont été prises en compte dans la conception des exercices. Fiez-vous à votre ressenti pour déterminer les exercices dynamiques supplémentaires qui pourraient être nécessaires, en fonction de votre public. • Prévoyez des activités dynamisantes à tout moment de la journée lorsque les participants manquent d'énergie, en particulier juste après le déjeuner.
Donnez aux participants la possibilité de poser des questions de manière anonyme Placez un chapeau, une boîte ou un sac dans lequel les participants peuvent laisser des questions écrites quelque part dans la salle. Répondez aux nouvelles questions à la fin de chaque journée ou le lendemain matin. Cela permet aux participants de poser des questions sans avoir à le faire devant le groupe.
Gardez des ressources clés à portée de main Les principaux documents d'orientation pour cette formation sont le manuel clinique (2014) ¹ , les Directives sur la PECV/VPI (2020) ² , et les Directives sur la prise en charge des enfants ayant subi des abus sexuels (2017) ³ . Il peut également y avoir une version nationale du Manuel clinique, ou bien des protocoles ou des procédures opérationnelles permanentes. Conservez tous ces documents à portée de main pour référence.

1 Soins de santé pour les femmes victimes d'actes de violence commis par un partenaire intime ou d'actes de violence sexuelle : Manuel clinique. OMS, Genève (Suisse), 2014 (<https://iris.who.int/handle/10665/136101>).

2 OMS, UNFPA, 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*. OMS, Genève (Suisse), 2020 (<https://iris.who.int/handle/10665/331535>). Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

3 *Responding to children and adolescents who have been sexually abused*. OMS, Genève (Suisse), 2017 (<https://iris.who.int/handle/10665/259270>). Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Annexe 4. Fournir un retour d'information : répondre aux questions et faire le bilan des jeux de rôle

Répondre aux questions

- Répondez brièvement aux questions ou posez-les aux autres apprenants, le cas échéant, pour qu'ils apportent leur contribution. Cette technique fonctionne particulièrement bien pour apporter un retour d'information sur les jeux de rôle ou pour gérer les situations difficiles.
- Référez les participants vers des documents écrits à titre de référence et/ou pour obtenir des éclaircissements supplémentaires.
- Si la question doit être traitée lors d'une prochaine séance, informez les participants du moment auquel cette question sera abordée.
- Après chaque question traitée, demandez à la personne participante si elle est satisfaite de la réponse obtenue. Si vous manquez de temps, vous pouvez être amené à poursuivre la discussion avec la personne participante pendant une pause, si elle a besoin de plus d'informations ou d'échanges.
 - » Incorporez des principes directeurs dans vos réponses lorsque c'est possible. Les principes directeurs sont particulièrement utiles pour répondre aux questions portant sur des sujets tels que la confiance dans les décisions de la personne survivante concernant sa propre sécurité, l'auto-détermination de la personne survivante et l'écoute des personnes survivantes. Par exemple, le principe d'auto-détermination consiste à laisser la personne survivante déterminer quand et comment elle révélera la violence.
- Demandez aux participants de lire les questions fréquemment posées sur la VPI dans l'annexe B en ligne – Aide-mémoires pour les participants (aide-mémoire 6c) : voir si certaines de leurs questions y trouvent une réponse.
- Certains participants peuvent exprimer leur impuissance ou leur frustration face à des problèmes qui échappent à leur contrôle, tels que le manque de ressources disponibles pour les personnes survivantes ou les normes sociales qui empêchent les personnes survivantes d'obtenir le soutien familial ou communautaire dont elles ont besoin pour s'extraire d'une situation de maltraitance.
 - » Reconnaissez ces défis et ces contraintes.
 - » Encouragez-les à en parler avec leurs supérieurs hiérarchiques et invitez-les à consulter le manuel *Renforcer les systèmes de santé pour les femmes ayant subi de la violence de la part d'un partenaire intime ou de la violence sexuelle : manuel du gestionnaire de santé*⁴, qui peut servir de guide pour l'amélioration des contraintes des systèmes de santé.
- Certaines questions peuvent dépasser le cadre de la formation.
 - » Rappelez aux participants que cette formation est axée sur le soutien de première ligne, les soins cliniques, la documentation des cas et le référencement des personnes survivantes.
 - » Rappelez-leur que la lutte contre la violence sexuelle et la VPI nécessite une approche multidimensionnelle et multisectorielle. Bien que les systèmes de santé aient d'importantes contributions à apporter, il n'est pas possible pour les agents de santé de résoudre tous les problèmes des personnes survivantes, et ce n'est pas non plus sa responsabilité.
 - » Encouragez les participants à rechercher des informations supplémentaires et à établir des liens avec des défenseurs, des programmeurs et des prestataires de services d'autres secteurs afin de créer une communauté de pratique et d'apprentissage.
- Certaines questions peuvent indiquer que les participants souhaitent vérifier si une personne survivante a effectivement subi des violences comme elle le prétend.

4 Renforcer le système de santé afin de répondre aux femmes qui subissent de la violence exercée par un partenaire intime et de la violence sexuelle : Manuel destiné aux gestionnaires de santé. OMS, Genève (Suisse), 2017 (<https://iris.who.int/handle/10665/259489>). Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

- Rappelez aux participants qu'il appartient au système judiciaire d'établir, sur la base des preuves, si la personne survivante a subi une infraction pénale, c'est-à-dire un viol. Le rôle des agents de santé est de fournir un traitement et un accompagnement, ainsi que de documenter l'anamnèse et l'examen physique.

Jeux de rôle

Les jeux de rôle sont une composante essentielle de cette formation et permettent aux stagiaires de mettre en pratique leurs compétences. Ces compétences sont généralement mises en pratique par groupes de trois, les participants jouant tour à tour le rôle des agents de santé, des personnes survivantes et des observateurs. Certains exercices contiennent des jeux de rôle pour des binômes ou des groupes de quatre personnes. Le cas échéant, des notes sont incluses dans les instructions de l'exercice à l'attention des facilitateurs.

- Lors de la première présentation des exercices de jeu de rôle, encouragez les participants à suivre les notes fournies sur les personnes survivantes. Expliquez aux participants que même si les agressions sexuelles et la VPI sont des événements traumatisants, certaines personnes survivantes peuvent paraître très calmes lors de leurs visites à la clinique. Il n'existe pas d'état émotionnel ou mental typique de toutes les personnes survivantes de violence. Il n'est donc pas nécessaire de présenter les personnes survivantes dans un état émotionnel stéréotypé ou exagéré.
- Les observateurs doivent observer les interactions et apporter ensuite un retour constructif sur le jeu de rôle.
- Ce retour d'information doit être apporté selon la structure indiquée dans les instructions fournies par le facilitateur pour les jeux de rôle.
- Les facilitateurs doivent se déplacer parmi les groupes et émettre des suggestions constructives si nécessaire.
- N'oubliez pas que le soutien de première ligne (l'approche VIVRE) et les sujets de violence sexuelle ou de VPI sont peut-être nouveaux pour vos participants. Votre rôle est de les encourager et de leur fournir un retour d'information constructif pour les aider à s'améliorer.
- Veillez à mettre l'accent sur les points positifs et à souligner ce qui a été bien fait.
- Pour évoquer les points à travailler, vous pouvez parler de « pistes d'amélioration ». Évitez les étiquettes négatives ou les critiques qui ne s'accompagnent pas de suggestions d'amélioration.
- Veillez à corriger les comportements ou les paroles qui peuvent être préjudiciables aux personnes survivantes, comme le fait de blâmer les personnes survivantes ou d'affirmer que certains traitements sont obligatoires.

Remarque : Si vous effectuez une démonstration de compétences pour le groupe via un jeu de rôle avec la personne chargée de faciliter la formation avec vous, attachez-vous à montrer la communication et les interactions souhaitables entre l'agent(e) de santé et le ou la patient(e) (plutôt que de montrer ce qu'il ne faut pas dire ou faire), car une démonstration positive a plus de chances d'amener les participants dans la direction souhaitée.

Bilans en plénière sur les jeux de rôle

- Commentez les points positifs (n'oubliez pas de parler à la fois de la communication verbale et non verbale et faites un lien avec les principes directeurs si possible).
- Demandez aux participants du jeu de rôle quels ont été les aspects difficiles.
- Fournissez des suggestions d'amélioration.
- Invitez les autres membres du groupe à émettre des suggestions sur la manière dont ces aspects difficiles pourraient être abordés.
- Rappelez que les compétences s'améliorent au fil du temps et de la pratique et remerciez les participants d'être sortis de leur zone de confort en réalisant ces jeux de rôle pendant la formation.

Annexe 5. Distribution des certificats ou cérémonie de remise des certificats (facultatif)

Les certificats de réussite signés peuvent constituer un rappel durable des leçons apprises au cours de la formation et peuvent inciter à mettre l'apprentissage en pratique. Si des certificats de réussite imprimés et signés sont remis aux participants, prévoyez suffisamment de temps pour préparer les certificats et les signer.

La reconnaissance individuelle au moyen d'une cérémonie de remise de certificats peut inciter les participants à se positionner comme des ambassadeurs et à affirmer le rôle important qu'ils jouent dans la prestation de soins de santé aux personnes survivantes de violence.

Si le temps le permet, remettez les certificats individuellement, en appelant chaque personne participante s'avancer tour à tour pour recevoir son certificat des mains d'un(e) facilitateur/facilitatrice (20-30 minutes).

Si vous manquez de temps, vous pouvez distribuer les certificats à la fin de la formation ou les envoyer par la poste.

Un exemple de présentation d'un certificat est proposé ci-dessous, qu'il vous faudra personnaliser en fonction de vos besoins.

Logo de l'OMS/ des autorités sanitaires locales PLACER ICI	Logo de l'organisation/organisme accueillant la formation PLACER ICI
Ce certificat est attribué à :	
En reconnaissance de sa participation à la formation de quatre jours, destinée aux agents de santé, sur la prise en charge de première ligne des personnes survivantes de violence sexuelle et de violences exercées par un partenaire intime dans les situations d'urgence humanitaire	
<i>Jour, mois, année</i>	
Signature n° 1 (pré-imprimé)	Signature n° 2 (signé en cas de réussite)
Nom du directeur/de la directrice de l'organisation/organisme Fonction	Nom du formateur/de la formatrice Fonction

Annexe 6. Lectures conseillées, ressources pour les facilitateurs, aide-mémoires pour les participants et autres documents à distribuer

Le tableau ci-dessous répertorie les ressources et les documents pertinents pour ce programme de formation, par séance. Les facilitateurs peuvent choisir de ne pas dispenser certaines séances ou de ne pas utiliser certaines ressources, en fonction du contexte/des besoins ou du temps disponible.

- Les ressources numérotées se trouvent toutes dans l'annexe A en ligne – Ressources pour les facilitateurs ; elles seront toutes nécessaires pendant les séances. Le nombre d'exemplaires requis dépend du nombre de participants et des exigences spécifiques de la séance, comme indiqué dans la section « Fournitures et documents à distribuer » de ce guide pour chaque séance.
- Les aide-mémoires numérotés se trouvent tous dans l'annexe en ligne B. Aide-mémoires pour les participants ; certains d'entre eux seront nécessaires à titre de référence lors de certaines séances. Le nombre d'exemplaires requis dépend du nombre de participants et des exigences spécifiques de la séance, comme indiqué dans la section « Fournitures et documents à distribuer » de ce guide pour chaque séance. Prenez note des ressources qui nécessitent des adaptations spécifiques au contexte et mettez à jour la version numérique avant d'imprimer les exemplaires papier, le cas échéant.
- Vous pouvez également créer un fichier PDF des diapositives de présentation et en mettre une copie numérique à la disposition des participants à l'issue de la formation.
- Fournissez les ressources d'accompagnement soit en version papier, soit en version électronique, sur une clé USB, comme le suggère le tableau. Rappelez aux participants que le Manuel clinique et les Directives sur la PECV/VPI de l'OMS, ainsi que le protocole national, les directives ou les procédures opérationnelles permanentes, sont également des ressources clés auxquelles ils devront se référer tout au long de la formation.

Séance	Supports	Faites imprimer suffisamment d'exemplaires ou chargez-en une version numérique sur clé USB	Annexe A en ligne. Kit de ressources pour les facilitateurs (version papier)	Annexe B en ligne. Kit d'aide-mémoires pour les participants (électronique)
Tous	Manuel clinique (OMS, 2014)	✓		
	Toute directive nationale, protocole ou document de politique générale sur la PECV et/ou de la VPI	✓		
	Directives sur la PECV/VPI (OMS, 2020)	✓		
	Directives sur la prise en charge des enfants ayant subi des abus sexuels (OMS, 2017)	✓		
0	Questionnaire préalable à la formation (facultatif) Annexe 7			
1	Aide-mémoire 1a : L'arbre de la VBG			✓
	Aide-mémoire 1b : Lever les obstacles à la prise en charge de la violence sexuelle et de la VPI : formation des agents de santé			✓
	Aide-mémoire 1c : En quoi la prise en charge par le personnel de santé est-elle importante ?			✓
2	Ressource 2.2a : Le poids des reproches : scénario du facilitateur Ressource 2.2b : Le poids des reproches : fiches de personnage destinées aux participants		✓	
	Aide-mémoire 2a : Pourquoi les femmes ne partent-elles pas ?			✓
	Aide-mémoire 2b : Obstacles à la recherche de soins à la suite de violences sexuelles et de VPI			✓

Séance	Supports	Faites imprimer suffisamment d'exemplaires ou chargez-en une version numérique sur clé USB	Annexe A en ligne. Kit de ressources pour les facilitateurs (version papier)	Annexe B en ligne. Kit d'aide-mémoires pour les participants (électronique)
3	Aide-mémoire 3a. Carte de poche VIVRE	✓		✓
4	Aide-mémoire 4a. Principes de l'écoute active			✓
5	Ressource 5.1a : Réseau de référencement (facultatif) : instructions à l'attention du facilitateur Ressource 5.1b : Réseau de référencement : fiches aide-mémoire		✓	
	Ressource 5.2 : Comprendre l'influence des politiques sur les soins – études de cas 1 à 4.		✓	
	Ressource 5.3 : Défaillance des réseaux de référencement – études de cas 1 à 3		✓	✓
	Aide-mémoire 5a. Modèle d'annuaire de référencement <i>Si les informations sur le référencement local sont pré-remplies, fournir une copie imprimée ou numérique</i>	✓		✓
	Aide-mémoire 5b : Feuille de travail concernant les exigences juridiques et politiques essentielles			✓
6	Aide-mémoire 6a : Résumé du parcours de soins des survivantes de VPI			✓
	Aide-mémoire 6b : Exemples de questions relatives à la violence			✓
	Aide-mémoire 6c : Questions fréquemment posées sur la VPI			✓
	Ressource 6.1a : Jeu de rôle sur la détection de la VPI – démonstration des facilitateurs Ressource 6.1b : Jeu de rôle sur la détection de la VPI. six fiches aide-mémoire (sept rôles)		✓	
7	Aide-mémoire 7a : L'approche VIVRE appliquée à la VPI : compétences et méthodes de communication			✓
	Aide-mémoire 7b : VIVRE + EPO			✓
	Ressource 7.2 : Scénarios pour la pratique du protocole VIV(RE) – scénarios 1 à 4		✓	
8	Aide-mémoire 8a : Évaluation des risques de sécurité en cas de VPI			✓
	Aide-mémoire 8b : Outil de planification de la sécurité			✓
	Aide-mémoire 8c : Considérations particulières pour les enfants et les adolescents : VIVRE + EPO			✓
	Aide-mémoire 8d : Évaluer la capacité des adolescents à prendre des décisions autonomes			✓
	Ressource 8.1 : Jeu de rôle sur l'approche (VIV)RE : scénarios 1 à 4.		✓	
9	Aide-mémoire 9a : Modèle de formulaire d'anamnèse et d'examen médical en cas d'agression sexuelle		✓	
	Ressource 9.2 : Jeu de rôle sur l'anamnèse – scénarios 1 à 3			✓

Séance	Supports	Faites imprimer suffisamment d'exemplaires ou chargez-en une version numérique sur clé USB	Annexe A en ligne. Kit de ressources pour les facilitateurs (version papier)	Annexe B en ligne. Kit d'aide-mémoires pour les participants (électronique)
10	Aide-mémoire 10a : Liste de contrôle de l'examen physique après un viol		✓	
	Aide-mémoire 10b : Liste de contrôle pour la documentation des blessures			
	Aide-mémoire 10c : Pictogrammes de documentation des blessures	✓	✓	✓
	Ressource 10.2a : Documenter les résultats de l'examen – scénarios 1 à 3	✓		
11	Aide-mémoire 11a : Stades de développement de Tanner chez la fille		✓	
	Aide-mémoire 11b. Protocoles de prophylaxie postexposition au VIH		✓	
	Ressource 11.1 : Décisions relatives au traitement des agressions sexuelles – études de cas 1 à 4			✓
12	Aide-mémoire 12a : Techniques de réduction du stress		✓	
	Aide-mémoire 12b : Évaluation des troubles dépressifs modérés à sévères		✓	
	Aide-mémoire 12c : Évaluation du trouble de stress post-traumatique (TSPT)		✓	
13	N/A			
14	Ressource 14.1. Formulaire d'observation et de retour d'information	✓		✓
	Ressource 14.2. Notes concernant les scénarios de simulation clinique			✓
15	Aide-mémoire 15a. Conseils relatifs à l'examen médico-légal et au prélèvement d'échantillons		✓	
16	Aide-mémoire 16a. Plan d'action post-formation	✓		✓
	Certificat de réussite de la personne participante (facultatif) Annexe 5		✓	
	Questionnaire sur les connaissances, les attitudes et les pratiques après la formation (facultatif) Annexe 8	✓	✓	

Annexe 7. Liste récapitulative des fournitures

☐	Ordinateur portable avec logiciel PowerPoint et VLC ou autre lecteur multimédia
☐	Tableaux à feuilles mobiles
☐	Marqueurs permettant d'écrire sur les tableaux à feuilles mobiles
☐	Stylos
☐	Carnets de prise de notes
☐	Post-it de couleur
☐	Fiches de couleur
☐	Ruban adhésif ou autre moyen de coller les feuilles du tableau aux murs
☐	Chapeau ou boîte/bol (pour l'exercice Peur et motivations)
☐	11 châles ou feuilles de journal (pour l'exercice Le poids des reproches)
☐	2-3 pelotes de laine de couleur (pour l'exercice Le réseau de référencement, si vous utilisez cet exercice supplémentaire)
☐	Copies de ressources institutionnelles et/ou locales en matière de santé mentale et de suivi psychosocial pour les agents de santé et de soins (par exemple, télésanté ou autres ressources de soutien)
☐	Fournitures pour l'auto-prise en charge des participants (séance 13) : divers - choisir en fonction du contexte, de l'espace de formation et de la disponibilité
☐	Fournitures pour les simulations cliniques (séance 14) : voir les notes d'orientation dans ce guide. De nombreuses solutions sont possibles, en fonction des ressources disponibles.
☐	Lectures conseillées, ressources pour les facilitateurs, aide-mémoires pour les participants et autres supports d'apprentissage pour les participants (voir l'annexe 3)

Annexe 8. Outils de retour d'information sur la formation et d'évaluation des participants

Cette annexe contient le questionnaire préalable à la formation et post-formation, ainsi que le formulaire de retour d'information à l'issue de la formation.

Questionnaire préalable à la formation et post-formation

- Ce questionnaire évalue les connaissances, les attitudes et les compétences des participants. Il peut être utilisé avant et après la formation pour évaluer les progrès réalisés.
- Il enregistre les données démographiques, les caractéristiques de la pratique et les antécédents de formation.
- Il peut être utilisé :
 - » immédiatement avant et après la formation (recommandé) et
 - » à intervalles réguliers (par exemple, tous les 6 à 12 mois) par la suite, afin d'évaluer si les changements de connaissances et d'attitudes ont perduré dans le temps et si les stagiaires ont été en mesure de mettre en œuvre ce qu'ils ont appris dans leur pratique clinique.

Documentation de la mise en œuvre (recommandé)

- Documenter le cadre, les dates de mise en œuvre, le nombre et le profil des participants, la durée de la formation, les adaptations apportées aux supports de formation et les recommandations d'adaptation de la formation.
- Ces tâches doivent être accomplies par le facilitateur.
- Idéalement, la documentation des adaptations prévues ainsi que du nombre et du profil des participants est à réaliser dans le cadre de la préparation de la formation. Toute documentation supplémentaire des adaptations apportées au cours de la formation et/ou en réponse à une composition inattendue des participants doit être réalisée après la formation. La plupart des organismes et des ONG disposent de leurs propres formulaires de documentation de la mise en œuvre.

Formulaire de retour d'information/d'évaluation

- Ce formulaire doit être remis aux participants pour qu'ils le remplissent à l'issue de la formation.
- Il permet aux stagiaires d'offrir un retour d'information sur la manière dont ils ont reçu et vécu la formation et sur les points sur lesquels les facilitateurs pourraient améliorer leurs méthodes de formation.
- Il peut être remis aux participants lors de la redistribution du questionnaire pré/post-formation.

Questionnaire sur les connaissances, les attitudes et les pratiques (CAP) des participants avant et après la formation

Lieu : _____

Nom : _____

Date : ____ / ____ / 20____

Formateur/formatrice : _____

Qu'est-ce que ce questionnaire ?

- Ce questionnaire porte sur vos connaissances, attitudes et pratiques actuelles en matière de prise en charge clinique des survivantes de viol et de violence exercée par un partenaire intime.
- Il ne s'agit pas d'un outil de mesure ou d'évaluation de vos performances professionnelles. Vos réponses n'affecteront en rien votre travail ou votre poste. Les informations recueillies grâce à ce questionnaire serviront à évaluer l'efficacité de la formation et votre apprentissage au cours de celle-ci, ainsi qu'à aider les formateurs à axer le programme sur les domaines dans lesquels les besoins d'apprentissage sont les plus importants.
- Les informations relatives au soutien et à l'environnement de pratique peuvent être partagées avec les gestionnaires de points de service ou les coordonnateurs de district afin de renforcer les conditions favorables à la prestation de soins.
- Nous apprécierions grandement votre aide pour répondre à ces questions. Il faut compter environ 15 à 20 minutes pour remplir ce questionnaire.

Informations générales

1. Quel est votre métier ? (Cochez ou entourez une seule option)

- a. Médecin (veuillez préciser la spécialité)
- b. Sage-femme
- c. Infirmière
- d. Aide-soignant(e)
- e. Psychologue
- f. Conseiller(ère)
- g. Travailleur(se) social(e)
- h. Autre (veuillez préciser) : _____

2 Depuis combien de temps exercez-vous ce métier (ne tenez compte que du temps passé en pratique active, y compris durant votre internat) ?

_____ ans et _____ mois

3 Depuis combien de temps occupez-vous votre poste actuel ? _____ ans et _____ mois

4 Lieu de pratique : _____ Type d'établissement _____

5 Nombre moyen de patients dont vous vous occupez par semaine (cochez ou entourez une seule option) :

- a. Je ne reçois pas de patients actuellement.
- b. Moins de 20
- c. Entre 20 et 59
- d. 60 ou plus

6 Quel âge avez-vous ? (Cochez ou entourez une seule option)

- a. Moins de 25 ans
- b. 25-34 ans
- c. 35-44 ans
- d. 45-54 ans
- e. 55 ans ou plus

7a. Avez-vous suivi une formation sur la violence basée sur le genre ?

- a. Oui
- b. Non -- **Veillez passer à la section II**

7b. Si oui, quel type de formation avez-vous suivi ? (Entourez Oui ou Non pour chaque option)

- a. Avez-vous regardé une vidéo ? – Oui / Non
- b. Avez-vous assisté à une conférence ou à une présentation ? – Oui / Non
- c. Avez-vous participé à une formation ou à un atelier de formation axé(e) sur les compétences ? – Oui / Non **Si oui, veuillez passer à la question 7c**
- d. Avez-vous suivi d'autres formations approfondies ? – Oui / Non **Si oui, veuillez passer à la question 7c**
- e. Avez-vous suivi une formation dans le cadre d'études de médecine, d'infirmière ou autre (en classe ou en milieu clinique) ? – Oui / Non
Si oui, veuillez passer à la question 7c
- f. Avez-vous suivi d'autres formations ? (veuillez préciser) _____

7c. Concernant cette formation :

Institution qui a dispensé la formation	Année	Combien de temps a-t-elle duré ?	Principaux thèmes abordés
		Horaire : _____ Jours : _____ Semaines : _____	
		Horaire : _____ Jours : _____ Semaines : _____	

I. CONNAISSANCES (RÉPONSES RECUEILLIES AVANT ET APRÈS LA FORMATION)

1. Veuillez indiquer si vous pensez que les affirmations suivantes sont vraies ou fausses (pour chaque ligne, sélectionnez *une* seule option en cochant/entourant le numéro correspondant) :

	Vrai	Faux	Je ne sais pas
a. La majorité des viols de femmes sont commis par des inconnus.	1	2	3
b. Toute divulgation de violence exercée par un partenaire intime ou de violence sexuelle doit être traitée de manière confidentielle.	1	2	3
c. Si un prestataire de soins de santé soupçonne qu'une femme subit de la violence exercée par un partenaire intime mais que la femme concernée nie de tels faits, le prestataire ne peut rien faire pour l'aider.	1	2	3
d. En cas de suspicion de violence exercée par un partenaire intime, il est conseillé au prestataire de soins de santé de parler à la fois à la femme et à son partenaire.	1	2	3
e. Le prestataire de soins doit permettre à la personne survivante de prendre ses propres décisions.	1	2	3
f. Les agents de santé doivent s'assurer de l'exactitude de récit de la femme en interrogeant l'agresseur présumé ou les amis et la famille de la femme.	1	2	3
g. Si la femme commence à pleurer, le prestataire de soins doit immédiatement mettre fin à la conversation pour qu'elle puisse partir.	1	2	3

	Vrai	Faux	Je ne sais pas
h. Il est du devoir du prestataire de soins de santé de convaincre la femme survivante de violence exercée par un partenaire intime ou de violence sexuelle de s'adresser à la police ou aux tribunaux.	1	2	3
i. Les femmes qui vivent une relation violente peuvent avoir des raisons valables de ne pas quitter leur partenaire.	1	2	3
j. Il est important de documenter les antécédents sexuels lors de l'examen d'une femme qui a subi une agression sexuelle ou un viol.	1	2	3

2 Parmi les éléments suivants, lesquels sont des signes d'alerte qui indiquent qu'une femme peut avoir subi de la violence exercée par un partenaire intime ou de la violence sexuelle ? (Pour chaque option, cochez/entourez *une seule* réponse : oui/ non/ je ne sais pas)

- a. Grossesses non désirées répétées – Oui / Non / Je ne sais pas
- b. Alcoolisme ou toxicomanie – Oui / Non / Je ne sais pas
- c. Infections sexuellement transmissibles répétées – Oui / Non / Je ne sais pas
- d. Maladies chroniques (diabète, troubles immunitaires...) – Oui / Non / Je ne sais pas
- e. Douleurs chroniques inexplicables (douleurs pelviennes, maux de tête...) – Oui / Non / Je ne sais pas
- f. Blessures fréquentes – Oui / Non / Je ne sais pas
- g. Blessures dont la cause ne correspond pas à l'explication fournie – Oui / Non / Je ne sais pas
- h. Dépression ou anxiété – Oui / Non / Je ne sais pas
- i. Pensées, projets ou actes d'automutilation ou tentatives de suicide – Oui / Non / Je ne sais pas
- j. Consultations médicales répétées sans diagnostic clair – Oui / Non / Je ne sais pas
- k. Stress chronique – Oui / Non / Je ne sais pas

3 Choisissez la question la plus appropriée pour aborder la question de la violence exercée par un partenaire intime. (Cochez/entourez une seule option.)

- a. « Vous sentez-vous en sécurité lorsque vous êtes avec votre partenaire ? » OU « Avez-vous subi de la violence exercée par un partenaire intime ? »
OU « Je ne sais pas »
- b. « Vous arrive-t-il d'avoir peur de votre partenaire ? » OU « Votre partenaire vous insulte-t-il ou vous menace-t-il ? » OU « Je ne sais pas »
- c. « Votre partenaire vous a-t-il déjà blessée ou frappée ? » OU « De nombreuses femmes rencontrent de graves problèmes dans leurs relations. Avez-vous eu des difficultés dans votre relation ? » OU « Je ne sais pas »
- d. « Une autre personne de votre famille vous a-t-elle déjà blessée, insultée ou menacée ? » OU « Avez-vous peur de certains membres de votre famille ? » OU « Je ne sais pas »

4 Pour chacun des éléments suivants, indiquez s'il s'agit de choses utiles que les agents de santé peuvent dire ou faire pour soutenir une femme ayant subi de la violence exercée par un partenaire intime ou de la violence sexuelle. (Pour chaque option, cochez/entourez *une seule* réponse : oui/ non/ je ne sais pas)

- a. « Comment vous sentez-vous par rapport à ça ? » – Oui / Non / Je ne sais pas
- b. « Pourquoi y êtes-vous allée seule ? » – Oui / Non / Je ne sais pas
- c. « Racontez-moi en détail ce qu'il vous a fait » – Oui / Non / Je ne sais pas
- d. « Il est important que vous fassiez davantage attention à votre sécurité à l'avenir » – Oui / Non / Je ne sais pas
- e. « Vous ne devriez pas vous sentir si triste » – Oui / Non / Je ne sais pas
- f. « Vous devriez vous estimer chanceuse d'avoir survécu » – Oui / Non / Je ne sais pas
- g. « Si c'est si grave, vous devriez simplement le quitter » – Oui / Non / Je ne sais pas
- h. « La violence que vous subissez peut nuire à votre santé et à celle de vos enfants » – Oui / Non / Je ne sais pas
- i. « Vous devriez éviter les problèmes à l'avenir » – Oui / Non / Je ne sais pas

II. ATTITUDES (réponses recueillies avant et après la formation)

2 Pensez-vous qu'il est acceptable qu'un homme frappe sa femme ou sa partenaire dans les situations suivantes ? (Choisissez *une seule* option de chaque ligne en cochant/encerclant le numéro correspondant)

	Oui, c'est acceptable	C'est parfois acceptable	Non, ce n'est jamais acceptable	Je ne sais pas
a. Si elle ne remplit pas ses obligations domestiques.	1	2	3	4
b. Si elle lui désobéit.	1	2	3	4
c. Si elle le provoque ou le met en colère.	1	2	3	4
d. Si elle refuse d'avoir des relations sexuelles avec lui.	1	2	3	4
e. Si elle ne s'occupe pas des enfants.	1	2	3	4
f. S'il la soupçonne d'être infidèle.	1	2	3	4
g. S'il découvre qu'elle est infidèle.	1	2	3	4

Y a-t-il d'autres situations dans lesquelles vous pensez qu'il est acceptable qu'un homme frappe sa femme ou sa partenaire ? (Veuillez préciser) _____

3 Indiquez dans quelle mesure vous êtes d'accord ou non avec chacune des affirmations suivantes (pour chaque ligne, choisissez *une seule* option en cochant/encerclant le numéro correspondant) :

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Tout à fait d'accord
a. Une femme a l'obligation d'avoir des relations sexuelles avec son mari quand celui-ci le souhaite.	1	2	3	4	5
b. Le rôle le plus important d'une femme est de s'occuper de son foyer et de faire la cuisine pour sa famille.	1	2	3	4	5
c. C'est aux hommes que doit revenir le rôle de chef de famille.	1	2	3	4	5
d. Une femme doit obéir à son mari.	1	2	3	4	5
e. Une femme devrait pouvoir dépenser son propre argent.	1	2	3	4	5

4 Indiquez dans quelle mesure vous êtes d'accord ou non avec chacune des affirmations suivantes (pour chaque ligne, choisissez *une seule* option en cochant/encerclant le numéro correspondant) :

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Tout à fait d'accord
a. Le fait d'interroger des patientes au sujet de la violence exercée par un partenaire intime constitue une atteinte à leur privacité.	1	2	3	4	5

b. Il est humiliant pour une patiente d'être interrogée au sujet de la violence exercée par un partenaire intime.	1	2	3	4	5
c. Si je pose des questions au sujet de la violence exercée par un partenaire intime à des patientes qui ne subissent pas de violence de ce type, elles se mettront en colère.	1	2	3	4	5
d. Si j'interroge une patiente au sujet de la violence exercée par un partenaire intime, elle trouvera cela acceptable.	1	2	3	4	5
e. Poser des questions sur la raison sous-jacente de la blessure d'une patiente est utile pour fournir des soins médicaux de qualité.	1	2	3	4	5
f. La façon dont un couple choisit de résoudre un conflit ne me regarde pas.	1	2	3	4	5

III. PRATIQUES (RÉPONSES RECUEILLIES AVANT ET APRÈS LA FORMATION ET 3 À 6 MOIS PLUS TARD)

1. Dans quelle mesure vous sentez-vous préparé(e) à effectuer les tâches ci-dessous dans le cadre de votre pratique ? Choisissez un chiffre entre 1 (pas du tout préparé(e)) et 5 (plutôt bien préparé(e)). (Pour chaque ligne, choisissez *une seule* option en cochant/encerclant le numéro correspondant.)

	Pas du tout préparé(e)	Peu préparé(e)	Légèrement préparé(e)	Suffisamment préparé(e)	Plutôt bien préparé(e)
a. Repérer une femme qui subit ou a subi de la violence exercée par un partenaire intime en fonction des signes et des symptômes qu'elle rapporte.	1	2	3	4	5
b. Demander à une patiente si elle a subi de la violence exercée par un partenaire intime.	1	2	3	4	5
c. Fournir des soins à une femme qui a subi de la violence exercée par un partenaire intime ou de la violence sexuelle.	1	2	3	4	5
d. Valider les propos d'une femme ayant subi de la violence exercée par un partenaire intime ou de la violence sexuelle et lui offrir des paroles de soutien.	1	2	3	4	5
e. Parler à une femme de ses besoins et des possibilités qui s'offrent à elle.	1	2	3	4	5
f. Documenter les antécédents et les résultats de l'examen physique dans le dossier de la patiente.	1	2	3	4	5

	Pas du tout préparé(e)	Peu préparé(e)	Légèrement préparé(e)	Suffisamment préparé(e)	Plutôt bien préparé(e)
g. Évaluer le niveau de danger immédiat auquel est exposée une femme après des faits de violence exercée par un partenaire intime et/ou de violence sexuelle.	1	2	3	4	5
h. Aider la femme à élaborer un plan pour améliorer sa sécurité et celle de ses enfants.	1	2	3	4	5
i. Référer la femme vers les services d'aide (psychologique, juridique, d'hébergement, etc.) disponibles au sein de la communauté.	1	2	3	4	5

2 Comment évaluez-vous votre niveau de connaissance sur les sujets ci-dessous ? Sélectionnez une note de 1 (nul) à 5 (très bon). (Dans chaque ligne, choisissez une seule option en cochant le numéro correspondant.)

	Nul	Faible	Modéré	Bon	Très bon
a. Services de soutien disponibles au sein de la communauté pour les femmes ayant subi de la VPI ou de la VS (ressources de référencement)	1	2	3	4	5
b. Directives nationales concernant les soins de santé pour les femmes ayant subi de la VPI et/ou de la VS	1	2	3	4	5

3 Pour m'aider à prodiguer des soins aux femmes ayant subi de la violence exercée par un partenaire intime, je dispose des ressources et du soutien suivants : (Pour chaque option, cochez/entourez *une seule* réponse : oui/ non/ je ne sais pas)

- J'ai un(e) collègue qui peut me fournir des conseils sur la manière de gérer un cas difficile de violence exercée par un partenaire intime – Oui / Non / Je ne sais pas
- Je peux facilement trouver des informations (par exemple, un guide ou une procédure opérationnelle permanente sur la gestion des cas de violence exercée par un partenaire intime) – Oui / Non / Je ne sais pas
- Je dispose d'un espace privé au sein de l'établissement où je peux recevoir la patiente en toute confidentialité afin d'échanger avec elle au sujet de la violence qu'elle subit ou a subie – Oui / Non / Je ne sais pas
- Mon superviseur m'encourage à demander de manière proactive à mes patientes si elles subissent de la violence exercée par un partenaire intime – Oui / Non / Je ne sais pas
- J'ai les noms et les coordonnées de personnes au sein de mon établissement vers lesquelles je peux référer une patiente qui révèle avoir subi de la violence exercée par un partenaire intime pour bénéficier de conseils ou d'un soutien psychosocial supplémentaire – Oui / Non / Je ne sais pas
- J'ai les noms et les coordonnées de personnes extérieures à l'établissement vers lesquelles je peux référer une femme pour un soutien psychosocial supplémentaire – Oui / Non / Je ne sais pas

IV. SOINS (RÉPONSES RECUEILLIES AVANT LA FORMATION, PUIS AU MOINS 3 MOIS PLUS TARD SI DES DONNÉES DOIVENT ÊTRE RECUEILLIES ULTÉRIEUREMENT)

1. Au cours des trois derniers mois, avez-vous repéré une personne subissant de la violence exercée par un partenaire intime ? (par exemple, prise en charge d'un cas grave, découverte d'un cas de maltraitance au long cours, révélation par une femme d'un antécédent de violence exercée par un partenaire intime) (Cochez/entourez *une seule* option.)

- Oui _____ Combien de femmes environ ? _____
- Non _____ **Passez à la question 3**

- c. N/A – pas en pratique clinique durant cette période **Passez à la question 3**

2a. Pour les femmes ayant subi de la violence exercée par un partenaire intime que vous avez repérées au cours des trois derniers mois, combien de temps avez-vous consacré en moyenne à leur prise en charge ?

- a. Moins de 30 minutes
- b. Moins d'une heure mais au moins 30 minutes
- c. Une heure ou plus

2b. Parmi les mesures suivantes, lesquelles avez-vous prises (pour chaque option, cochez/entourez *une seule* réponse) ?

- a. Fourni à la femme des informations de base sur la violence exercée par un partenaire intime – Oui / Non
- b. Validé les propos de la femme et offert des paroles de soutien – Oui / Non
- c. Parlé à la femme de ses besoins – Oui / Non
- d. Discuté des possibilités qui s'offrent à elle – Oui / Non
- e. Documenté les antécédents de violence exercée par un partenaire intime et les résultats de l'examen physique dans le dossier de la patiente – Oui / Non
- f. Évalué le niveau de danger immédiat pour la femme – Oui / Non
- g. Aidé la femme à élaborer un plan visant à accroître sa sécurité et celle de ses enfants – Oui / Non
- h. Fourni à la femme des documents d'information ou de référence sur la violence exercée par un partenaire intime (brochures, dépliants, etc.) – Oui / Non
- i. Référé la femme vers d'autres services au sein de l'établissement de santé – Oui / Non
- j. Référé la femme vers les services de soutien (psychologique, juridique, d'hébergement, etc.) disponibles au sein de la communauté – Oui / Non

3 Au cours des trois derniers mois, avez-vous reçu des informations au sujet d'une personne subissant de la violence sexuelle ? (Cochez/entourez *une seule* option.)

- a. Oui _____ Combien de cas environ ? _____
- b. Non _____ **Passez à la section V**
- c. N/A – pas en pratique clinique durant cette période

4a. Combien de temps avez-vous consacré, en moyenne, à la prise en charge des femmes ayant subi de la violence sexuelle que vous avez repérées au cours des trois derniers mois ?

- a. Moins de 30 minutes
- b. Moins d'une heure mais au moins 30 minutes
- c. Une heure ou plus

4b. Parmi les mesures suivantes, lesquelles avez-vous prises ? (Pour chaque option, cochez/entourez *une seule* réponse.)

- a. Fourni à la femme des informations de base sur la violence sexuelle – Oui / Non
- b. Validé les propos de la femme et offert des paroles de soutien – Oui / Non
- c. Parlé à la femme de ses besoins – Oui / Non
- d. Discuté des possibilités qui s'offrent à elle – Oui / Non
- e. Documenté les antécédents de violence sexuelle et les résultats de l'examen physique dans le dossier de la patiente – Oui / Non
- f. Évalué le niveau de danger immédiat pour la femme – Oui / Non
- g. Aidé la femme à élaborer un plan visant à accroître sa sécurité et celle de ses enfants – Oui / Non
- h. Fourni à la femme des documents d'information ou de référence sur la violence sexuelle (brochures, dépliants, etc.) – Oui / Non
- i. Référé la femme vers d'autres services au sein de l'établissement de santé – Oui / Non
- j. Référé la femme vers les services de soutien (psychologique, juridique, d'hébergement, etc.) disponibles au sein de la communauté – Oui / Non

V. APRÈS LA FORMATION (RÉPONSES RECUEILLIES APRÈS LA FORMATION, PUIS AU MOINS 3 À 6 MOIS PLUS TARD SI DES DONNÉES DOIVENT ÊTRE RECUEILLIES ULTÉRIEUREMENT)

1a. Avez-vous besoin d'une formation supplémentaire pour vous sentir mieux préparé(e) à prodiguer des soins de santé aux femmes qui subissent ou ont subi de la violence ?

- a. Oui _____
b. Non _____ **Passez à la question 2**

1b. Si oui, quelles compétences et connaissances auriez-vous besoin de renforcer ? (Pour chaque option, cochez/entourez une seule réponse.)

- a. Repérer des patientes ayant subi de la violence exercée par un partenaire intime – Oui / Non
b. Demander aux femmes si elles ont subi de la violence exercée par un partenaire intime – Oui / Non
c. Pratiquer l'écoute active, valider les propos de la femme et offrir des paroles de soutien – Oui / Non
d. Parler à la femme de ses besoins et des possibilités qui s'offrent à elle – Oui / Non
e. Documenter des antécédents de violence exercée par un partenaire intime et/ou de violence sexuelle – Oui / Non
f. Documenter des résultats de l'examen – Oui / Non
g. Évaluer le niveau de danger immédiat auquel est exposée une femme après des faits de violence exercée par un partenaire intime et/ou de violence sexuelle – Oui / Non
h. Aider la femme à élaborer un plan visant à accroître sa sécurité et celle de ses enfants – Oui / Non
i. Référer la femme vers les services de soutien (psychologique, juridique, d'hébergement, etc.) disponibles au sein de la communauté – Oui / Non
j. Fournir des soins de santé physique après des faits de violence sexuelle – Oui / Non
k. Fournir des soins de santé mentale – Oui / Non
l. Pratiquer l'auto-prise en charge pour lutter contre l'épuisement professionnel ou les traumatismes par procuration – Oui / Non
m. Les directives/protocoles de prise en charge des femmes ayant subi de la violence exercée par un partenaire intime – Oui / Non
n. Les directives/protocoles de prise en charge des femmes ayant subi de la violence sexuelle – Oui / Non
o. Les lois et la législation relatives aux exigences en matière de signalement – Oui / Non

2 D'après votre expérience, quels sont les principaux obstacles qui vous empêchent de lutter efficacement contre la violence exercée par un partenaire intime et/ou la violence sexuelle ? (Classer cinq options proposées de la plus importante (1) à la moins importante (5).)

Obstacle	Type
a. Je ne suis pas à l'aise de parler aux femmes de la violence exercée par un partenaire intime.	Personnel _____
b. Il n'existe pas d'espace privé au sein de la clinique où je pourrais fournir des soins aux femmes qui subissent ou ont subi de la violence exercée par un partenaire intime.	Systémique _____
c. Il n'existe pas d'espace privé au sein de la clinique où je pourrais fournir des soins aux femmes qui subissent ou ont subi de la violence sexuelle.	Systémique _____
d. Il existe peu de possibilités de parler en tête-à-tête aux femmes ayant subi de la violence (sans la présence du conjoint, de la famille, des enfants ou d'autres personnes qui les accompagnent).	Systémique _____
e. La contraception d'urgence n'est pas disponible.	Systémique _____
f. Il existe peu de ressources au sein de la communauté vers lesquelles je pourrais référer les femmes qui subissent ou ont subi de la violence.	Systémique _____
g. Il n'y a pas d'endroit sûr et confidentiel pour conserver les dossiers médicaux.	Systémique _____
h. J'ai des contraintes de temps importantes / une charge de travail élevée sur mon lieu de pratique.	Systémique _____
i. Je n'ai pas suffisamment de connaissances ou de compétences pour aider les femmes qui subissent ou ont subi de la violence.	Personnel _____

j. Je dois concentrer mon attention sur d'autres problèmes de santé.	Personnel _____
k. Gérer des cas de violence signifie que je devrais participer à des procédures policières.	Personnel _____
l. Je pourrais être la cible de violence de la part de l'agresseur.	Personnel _____
m. La communauté pourrait réagir négativement.	Personnel _____
n. J'ai l'impression de ne pas pouvoir faire beaucoup pour aider les femmes qui subissent ou ont subi de la violence.	Personnel _____
o. Autre (veuillez préciser) : _____	_____
p. N/A – Je ne pense pas qu'il y ait d'obstacles significatifs dans mon contexte.	

3 Quelles sont vos suggestions pour améliorer les services offerts par votre établissement de santé aux personnes survivantes en situation humanitaire ?

Formulaire de retour d'information après la formation

D'après votre expérience, dans quelle mesure la formation a-t-elle été utile dans les domaines suivants ? Veuillez noter chaque option de 1 (inutile/ne m'a pas permis d'améliorer mes connaissances, attitudes ou compétences) à 5 (très utile/ m'a permis d'acquérir de nouvelles connaissances ou compétences/ améliorera les soins que je dispense).

Composante de formation					
a. Les informations sur la violence sexuelle et la VPI étaient claires et pertinentes pour mon travail en tant qu'agent(e) de santé.	1	2	3	4	5
b. Les informations sur les principes axés sur les personnes survivantes étaient applicables à mon travail.	1	2	3	4	5
c. Les informations sur le soutien de première ligne étaient clairement présentées.	1	2	3	4	5
d. Le temps consacré à la pratique de la communication entre le prestataire et la personne survivante était suffisant pour renforcer ma confiance dans la pratique de l'écoute active.	1	2	3	4	5
e. L'information et la pratique sur les questions relatives à la VPI m'ont permis d'être plus confiant(e) pour repérer la VPI chez mes patients.	1	2	3	4	5
f. Les jeux de rôle sur l'approche VIVRE m'ont aidé(e) à mettre en pratique les compétences nécessaires pour fournir ces soins essentiels à mes patients.	1	2	3	4	5
g. Les informations fournies à titre d'anamnèse pour la PECV étaient pertinentes au regard de mon champ d'activité et de mon cadre de pratique.	1	2	3	4	5
h. Les exercices prévoyaient suffisamment de temps pour améliorer ma capacité à documenter les résultats des examens physiques dans le cadre de la PECV.	1	2	3	4	5
i. Les informations fournies sur le traitement dans le cadre de la PECV étaient claires et pertinentes pour mon travail.	1	2	3	4	5
j. J'ai eu suffisamment de temps pour apprendre à connaître les décisions de traitement possibles pour différents scénarios d'agression sexuelle.	1	2	3	4	5
k. Les informations fournies en matière d'amélioration des soins de santé mentale et du soutien psychosocial étaient pertinentes pour mon travail.	1	2	3	4	5
l. Le contenu sur la façon de prévenir l'épuisement professionnel et de prendre soin de moi-même tout en intervenant auprès des personnes survivantes dans des situations de crise était utile.	1	2	3	4	5
m. Les informations sur le moment auquel recueillir des preuves médico-légales étaient clairement présentées.	1	2	3	4	5
n. Les facilitateurs ont pu répondre aux questions des participants.	1	2	3	4	5
o. Les facilitateurs ont fourni aux participants un retour d'information constructif et concret qui leur a permis d'améliorer leurs compétences.	1	2	3	4	5
p. Autre (veuillez préciser) : _____	1	2	3	4	5

Département Santé et recherche génésiques

Organisation mondiale de la Santé

20 avenue Appia
1211 Genève 27
Suisse

Adresse électronique : srhavp@who.int

Site Web : <https://www.who.int/health-topics/violence-against-women>

www.who.int