REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

PROGRAMME NATIONAL DE SANTE
DE LA REPRODUCTION

MODULE DE FORMATION DES PRESTATAIRES DES SOINS DE SANTE DANS LA PRISE EN CHARGE DES SURVIVANTS/ VICTIMES DES VIOLENCES SEXUELLES ET BASEES SUR LE GENRE

Avec l'appui financier de

Juin 2012

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES 1

LISTE DES ABREVIATIONS..... 8

REMERCIEMENTS 11

INTRODUCTION GENERALE 12

I. BUT DE LA FORMATION.....15

II. OBJECTIFS DE LA FORMATION 15

2.1. Objectif Général 15

2.2. Objectifs spécifiques 15

III. LE CONTENU DU MODULE.....15

CHAPITRE 1: GENERALITES SUR LES VIOLENCES SEXUELLES.....17

1.1. INTRODUCTION 17

1.2. OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE 17

1.2.1. Objectif spécifique.....17

1.2.2. Objectifs opérationnels 17

1.3. RESSOURCES 17

1.3.1. Matériels didactiques 17

1.3.2. Durée 4 heures. 18

1.4. METHODES DE TRAVAIL 18

1.4.1. Activités du formateur.....18

1.4.2. Activités de participants 18

1.5. CONTENU..... 18

SECTION I : DEFINITIONS DES CONCEPTS..... 18

SECTION 2 : LES FACTEURS FAVORISANTS ET CONSEQUENCES DES 27

VIOLENCES SEXUELLES..... 27

2.1. LES FACTEURS FAVORISANTS DES VIOLENCES SEXUELLES 27

FACTEURS DE RISQUES À PLUSIEURS NIVEAUX 28

2.2. LES CONSEQUENCES DES VIOLENCES SEXUELLES 30
2.2.1. Conséquences fatales 30
2.2.2. Conséquences sanitaires de la maltraitance des enfants.....31
2.2.3. Conséquences des violences sexuelles chez l'homme 32
2.2.4. Résumé de quelques conséquences essentielles de la violence selon les domaines.....32
2.2.5. Liens entre les violences liées au genre et le VIH / SIDA 33

SECTION 3 : PARTICULARITES DES VIOLENCES SEXO – SPECIFIQUES EN 36

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO 36

3.1. AMPLEUR DES VIOLENCES BASEES SUR LE GENRE EN RDC 36

3.2. FACTEURS FAVORISANTS LES PLUS CITÉS 38

3.3. DETERMINANTS DES VIOLENCES SEXUELLES EN RD CONGO 39

VIOLENCES SEXUELLES.....39

3.4. VISION DE LA RDC EN MATIERE DE LUTTE CONTRE LES VIOLENCES 40

BASEES SUR LE GENRE 40
3.4.1. Efforts de lutte contre les VS 41
3.4.2 Mise à contribution de la Justice 43

CHAPITRE 2 : DROITS ET BESOINS DES VICTIMES /SURVIVANTS DES.....45

VIOLENCES SEXUELLES.....45

2.1. INTRODUCTION 45

2.2. OBJECTIFS DE FORMATION..... 45
2.2.1. Objectif spécifique.....45
2.2.2. Objectifs opérationnels 45

2.3. RESSOURCES 45
2.3.1. Matériels didactiques 45
2.3.2. Durée 45 minutes. 46

2.4. METHODES DE TRAVAIL 46
2.4.1. Activités du formateur.....46
2.4.2. Activités de participants 46

2.5. CONTENU..... 46

SECTION 1 : REACTIONS DE LA SURVIVANTE ET SOUTIEN EMOTIONNEL 46

APPROPRIE 46

1.1. REACTIONS INITIALES DE LA VICTIME ET LEUR EVOLUTION DANS LE TEMPS 46

1.2. FAIRE FACE ET REAGIR 48

1.3. REACTIONS COURANTES AUX TRAUMATISMES : REACTIONS PHYSIQUES CHEZ L`ADULTE 48

1.4. EXEMPLES DES DECLARATIONS, LEURS SIGNIFICATIONS EMOTIONNELLES ET CONSEILS A APPORTER 49

1.5. REACTIONS COURANTES AU TRAUMATISME CHEZ LES ENFANTS. 55

1.6. COMMENT L'ENFANT REAGIT-IL A UNE TELLE DOULEUR ? 58

SECTION 2 : DROITS DES SURVIVANTS /VICTIMES DES VIOLENCES SEXUELLES 61

SECTION 3 : BESOINS ET ASPIRATIONS DES SURVIVANTS/VICTIMES DES VIOLENCES SEXUELLES 63

CHAP. 3 : EXAMEN CLINIQUE ET PARA CLINIQUE DES SURVIVANTS/VICTIMES DES VIOLENCES SEXUELLES 65

3.1. INTRODUCTION 65

3.2. OBJECTIFS DE LA FORMATION 65

3.2.1. Objectif spécifique 65

3.2.2. Objectifs opérationnels 65

3.3. METHODOLOGIE 65

3.4. DUREE : 2 Heures 66

3.5. CONTENU 66

SECTION 1 : PRINCIPES DIRECTEURS POUR LES PERSONNES TRAVAILLANT AVEC LES SURVIVANTS AUX VIOLENCES SEXUELLES 66

I.1. POUR LES VICTIMES 66

I.2. POUR LES INTERVENANTS 68

SECTION 2 : ACCUEIL DES SURVIVANTS DE VIOLENCES SEXUELLES 69

2.1. LE PREMIER ACCUEIL 69

2.1.1. Définition 69

2.1.2 Intervenants 69

2.1.3. Profil des intervenants 69

2.1.4 Lieu de l'accueil 69

2.2. LE DEUXIEME ACCUEIL 69

2.2.1. Définition : 69

2.2.2. Intervenant et profil 70

2.2.3. Identification 70

2.2.4. Langue du prestataire 70

2.2.5. Sexe du prestataire 70
2.2.6. Modalité pratique de l'accueil 70
2.2.7. Lieu de l'accueil et situation du patient 70

2.3. PREALABLES POUR LES SOINS CLINIQUES AUX SURVIVANTS 71

SECTION 3 : ANAMNESE ET RECIT DES FAITS 73

3.1. CONSIDERATIONS GENERALES 73
3.1.1. LA VICTIME EST UN ENFANT 74
3.1.2. LA VICTIME EST UNE ADOLESCENTE ENTRE 15 ET 18 ANS 75
3.1.3. LA VICTIME EST UN ADULTE 75
3.1.4. LE VIOL ENTRE EPOUX OU ENTRE PARTENAIRES 76
3.1.5. LE VIOL D'ADULTES HANDICAPÉS 76
3.1.6. LES AGRESSIONS SEXUELLES CHEZ L'HOMME 77
3.1.7. LE VIOL EN REUNION 77
3.1.8. LES JEUX SEXUELS ENTRE ENFANTS 77

3.2. L'ENTRETIEN DEL'AGENT DE SANTE : 78

3.3. TYPES DE TECHNIQUES D'ENTRETIEN 78

3.4. FACTEURS CLES LORS DE L'ENTRETIEN : 80

3.5. LES ETAPES A RESPECTER LORS DE LENTRETIEN : 80

3.6. COMMUNICATION THERAPEUTIQUE 82
3.6.1. Comment parler aux victimes : les stratégies pour un entretien et un soutien 83
efficaces 83

SE CONCENTRER 86
3.6.2. Interview avec un enfant – Un jeu de rôle 88
3.6.3. Particularité des réponses de l'enfant : 88

SECTION 4 : L'EXAMEN PHYSIQUE 90

4.1. CONSIDERATIONS GENERALES 90

4.2. METHODES POUR EXAMEN 91
4.2.1. Evaluation de la tête aux pieds 91
4.2.2 Examen génital : 93

SECTION 5 : COMMENT DOCUMENTER LES LÉSIONS 113

SECTION 6 : EXAMEN NEUROLOGIQUE 121

6.1. L'évaluation psychologique de la victime 121

CHAPITRE 4 : COLLECTE DES PREUVES MEDICO-LEGALES 123

4.1. INTRODUCTION 123

4.2. OBJECTIFS DE FORMATION....123
4.2.1. Objectifs spécifiques....123
4.2.2. Objectifs opérationnels....123

4.3. RESSOURCES....124
4.3.1. Matériels didactiques....124

4.4. METHODES DE TRAVAIL....124
4.4.1. La Méthodologie....124
4.4.2. Activités du formateur....124
4.4.3. Activités du participant....125

4.5. CONTENU....125
4.5.1. Pourquoi collecter les preuves médico-légales....125
4.5.2. Les types de preuves médico-légales pouvant être recueillies....125
4.5.3. Prélèvement, emballage des échantillons et conservation de la chaîne des preuves....128
médico-légales....128
4.5.4. Rôle légal du médecin dans l'administration de la justice....135
4.5.6. Techniques d'évaluation....140

CHAPITRE 5 : PRESCRIPTION DES TRAITEMENTS....141

5.1. INTRODUCTION....141

5.2. OBJECTIFS DE FORMATION....141
5.2.1. Objectif spécifique....141
5.2.2. Objectifs opérationnels....141

5.3. METHODOLOGIE....143

5.4. DUREE : 4 h....143

5.5. CONTENU....143
5.5.1. Les éléments de traitement pour les survivantes....143
5.5.2 Prescription du traitement....144
5.5.3. Synthèse pour la prévention....144

1°La victime se présente dans les 72 heures qui suivent l'agression....144
5.5.4. Activités de lutte contre le VIH/Sida chez les survivantes des violences sexuelles,....145
tâches à accomplir :....145
5.5.5. Traitement curatif....145
5.5.6. Volet préventif....145
5.5.7. VOLET CURATIF....154
5.5.8. L'assistance psychologique immédiate....156
5.5.9. Traitement de syndrome de stress post traumatique (SSPT) par la Thérapie Narrative par Exposition (TNE ou NET)....160
5.5.10. Suivi médical de la victime....161
5.5.11. Référence vers une structure sanitaire supérieure....162

Référence vers un autre type de soutien....163
5.5.12. Soutien psychosocial....163

5.5.13. Techniques d'évaluation.....163

CHAPITRE 6 : ORGANISATION D'UN SERVICE DES SOINS DE SANTE AUX SVS..... 164

6.1. INTRODUCTION 164

6.2. OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE 164
6.2.1. Objectifs spécifiques.....164
6.2.2. Objectifs opérationnels 164

6.3. METHODOLOGIE 164

6.4. DUREE 165

6.5. CONTENU.....165
6.5.1. Check-liste pour la prise en charge.....165

LE PAQUET MINIMUM ET LE PAQUET COMPLET D'ACTIVITÉS 168
6.5.2. Les Acteurs de la Prise en Charge Médicale 171

CHAPITRE 7 : COLLABORATION AUX ACTIVITES DE LUTTE CONTRE LES VIOLENCES BASEES SUR LE GENRE DANS LA COMMUNAUTE..... 174

7.1. INTRODUCTION 174

7.2. OBJECTIFS DE FORMATION.....174
7.2.1. Objectif spécifique.....174
7.2.2. Objectifs opérationnels 174

7.3. RESSOURCES 175
7.3.1. Matériels didactiques 175
7.3.2. Durée : 175

7.4. MÉTHODES DE TRAVAIL 175
7.4.1. Activités du formateur.....175
7.4.2. Activités du participant.....175

7.5. CONTENU.....175
7.5.1. Activités de lutte contre les SGBV 175
7.5.2. Plaidoyer en faveur des SVS 180

7.6. TECHNIQUES D'EVALUATION.....184

CHAPITRE 8 : GESTION DE L'INFORMATION, SUIVI ET EVALUATION DES ACTIVITES EN RAPPORT AVEC LA PEC DES SVS. 185

8.1. INTRODUCTION 185

8.2. OBJECTIFS D'APPRENTISSAGES.....185
8.2.1. Objectifs spécifiques.....185

8.2.2. Objectifs opérationnels 185

8.3. RESSOURCES 185

8.4. METHODES D'APPRENTISSAGE 185

8.5. CONTENU.....185

8.5.1. Gestion de l'information 186

8.5.2. Suivi et évaluation 187

8.5.2.1. Indicateurs de processus.....187

8.5.2.2. Les indicateurs de résultats.....188

REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUE 190

ANNEXES..... 192

Annexe 1 : Pré test.....192

Annexe 2 : Fiche d'évaluation journalière 192

Annexe 2 : Fiche d'évaluation finale 192

Annexe 3 :Projet d'horaire.....192

LISTE DES ABREVIATIONS

Ac anti-HBc : Anticorps anti Hépatite B type C

ADN : Acide Désoxyribonucléique

Ag HBs : Antigène de l'Hépatite B type S

ARV : Anti Rétro-Viral

AVIFEM : Agence nationale de lutte contre les Violences faites aux Femmes

AZT : Azidothymine

CD4 : Cluster of differentiation (lymphocytes T4)

CDC : Centers for Disease Control and prevention

CDE : Convention sur les Droits des Enfants

CDV : Conseil pour le Dépistage Volontaire

CEDEF : Convention Internationale Contre toutes les Formes des violences faites à la femme

CPN : Consultation Prénatale.

CPP : Code Pénal Principal

CS : Centre de Santé

DCIP : Dépistage Conseil à l'Initiative du Prestataire

DIU : Dispositif Intra-utérin

DU : Dose Unique

DVD : Digital Versatile Disc

ECBU : Examen Cyto-Bactériologique des Urines

EDS : Enquête Démographique et Sanitaire

EDTA : Ethylenediaminetetraacetic acid (Acide Ethylène Diamine Tétra Acétique)

ESP/Kin : Ecole de Santé Publique de Kinshasa

FAC : Forces Armées Congolaises

FONAFEN : Fonds National de Promotion de la Femme et de la Protection de l'Enfant.

FNUAP : Fonds des Nations Unies pour la Population

Gamma-GT	: Gamma Glutamyl Transférase
HGR	: Hôpital Général de Référence
IASC	: Inter Agency Standing Committee
IM	: Intramusculaire
IO	: Infection Opportuniste
IPJ	: Inspecteur de Police Judiciaire
IRC	: International Rescue Commitee
IST	: Infection Sexuellement Transmissibles
ITT	: Incapacité Totale du Travail
IVG	: Interruption Volontaire de la Grossesse.
LCD	: Liquid Crystal Display
LNG	: Lévonorgestrel
LPN/r	: Lopinavir/Ritonavir ou KALETRA
MDM	: Médecins du Monde
MICS	: Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples
MSF	: Médecins Sans Frontières
NET	: Narrative Exposure Therapy (La thérapie par exposition à la narration)
NFS	: Numération de la formule Sanguine
OMP	: Officier du ministère Publique.
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
OPJ	: Officier de Police Judiciaire
PA	: Personnes Affectées
PAO	: Plan d'Action Opérationnel
PCR	: Polymerase Chain Reaction (Réaction de Polymérisation en Chaîne)
PCU	: Pilules contraceptives d'urgence
PEC	: Prise en charge
PEP	: Post exposition prévention
PNLS	: Programme National de Lutte contre le VIH/SIDA
PO	: Per Os
PTME	: Prévention de la Transmission du VIH/Sida de la Mère à l'Enfant

PTSD	: Post Traumatic Stress Diseases
PVV	: Personne Vivant avec le VIH/SIDA
RDC	: République Démocratique du Congo
SR	: Santé de la Reproduction
RH	: Ressources Humaines
S.A.D.C	: Southern African Development Community (Communauté de Développement des Etats d'Afrique Australe)
SAT	: Sérum antitétanique
SMNE	: Soins à la Mère et au Nouveau Né
SGBV	: Sexual and Gender Based Violence (Violences Sexuelles et Basées sur le Genre
SNVBG	: Stratégie Nationale de lutte contre les violences basées sur le genre
SVS	: Survivant des Violences sexuelles.
TARV	: Traitement Anti Rétroviral
UI / Kg	: Unité Internationale par Kilogramme
UNGASS	: United Nations General Assembly Special Session (Session spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le SIDA)
UNICEF	: The United Nations Children's Fund (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance)
VAT	: Vaccin Antitétanique
VHB	: Virus de l'Hépatite B
VIH/SIDA	: Virus de l'immunodéficience Humaine/Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
VS	: Violence Sexuelle
VVS	: Victime des Violences Sexuelles
VSBG	: Violences Sexuelles et Basées sur le Genre
VSS	: Violence Sexo-Spécifique
ZDV	: Zidovudine
ZS	: Zone de Santé
3-TC	: Lamivudine

REMERCIEMENTS

Le Ministère de la Santé Publique remercie tous les partenaires au développement et toutes les personnes ressources qui ont participé à la réalisation de ce document, en particulier le “U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR) et le CDC.

Ses remerciements s’adressent également au projet CDC-PEPFAR/ESP-CISSIDA de l’Ecole de Santé Publique, aux autres partenaires et ONG, pour leur contribution sans faille dans la réalisation du présent module de formation des prestataires des soins de santé dans la prise en charge des survivants/ victimes des violences sexuelles et basées sur le genre.

Que les consultants nationaux et les participants de l’atelier d’élaboration de ce module trouvent ici l’expression de notre gratitude.

A tous et à chacun Merci

INTRODUCTION GENERALE

Les agressions sexuelles sont une atrocité qui se produit dans le monde entier. Elles affectent la santé physique et mentale des individus, et peuvent également avoir des répercussions sur des communautés entières, les laissant brisées par la violence, la maladie, avec des familles détruites, et des enfants issus de grossesses indésirables. Les agressions sexuelles sont tout particulièrement endémiques en tant de guerre lorsqu'elles sont utilisées comme une arme de terreur afin de traumatiser des personnes innocentes.

Malheureusement, beaucoup de cas ne sont pas rapportés. Souvent, les femmes ont trop peur ou sont trop gênées pour raconter leur agression sexuelle, craignant de répandre l'infamie ou appréhendant des répercussions au sein de leurs communautés.

Du point de vue contexte, les violences sexuelles sont enregistrées aussi bien en temps de paix qu'en temps de guerre. Mais nous constatons cependant une augmentation des agressions sexuelles en temps de guerre. Elles sont différentes de celles vécues par les communautés en temps de paix. C'est souvent vu, comme une stratégie de guerre. C'est fait pour punir la communauté toute entière. Ce n'est pas une simple agression envers un individu, mais envers tout un peuple.

Les faits disponibles sur les liens entre la violence liée au Genre et le VIH/SIDA montrent qu'il existe plusieurs mécanismes directs et indirects qui sous-tendent cette interaction.

LES DROITS DES SURVIVANTS DES VIOLENCES SEXUELLES DOIVENT ÊTRE GARANTIS SANS DISCRIMINATION ET EN TOUTE CIRCONSTANCE. ILS DÉCOULENT DES DROITS UNIVERSELS HUMAINS NOTAMMENT.

SUR LE PLAN INTERNATIONAL, PLUSIEURS INITIATIVES ONT ÉTÉ PRISES POUR PROMOUVOIR LA LUTTE CONTRE LES VIOLENCES À L'ÉGARD DES FEMMES :

La violence à l'égard des femmes a été considérée comme un problème mondial si important et nuisible, que plusieurs conventions internationales, déclarations et autres traités y font référence. Il s'agit de :

1. la Déclaration sur la protection des femmes et des enfants en période d'urgence et de conflits armés (1974),
2. la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF, 1979),
3. La Convention sur les droits des enfants (CDE, 1979),
4. La Déclaration et programme d'action de Vienne (1993),
5. La Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes (1994) ,
6. Le Programme d'action du Caire (1994),
7. le Programme d'action de Copenhague (1995),
8. La plate- forme d'action de Beijing (1995),
9. le Protocole Optionnel de CEDEF, 1999),
10. la Déclaration du Millénaire (2000),

11. la résolution 1325 du Conseil de sécurité sur les femmes, la paix et la sécurité (2000) et La Déclaration d'engagement de l'UNGASS sur VIH/SIDA (2001) et le Protocole pour prévenir, supprimer et punir le trafic des personnes, en particulier des femmes et des enfants, complétant la Convention des Nations-Unies contre le crime organisé transnational (2003).

La RDC est l'un des pays les plus touchés par les violences sexuelles dans le monde. Les différentes guerres qu'a connues le pays, les coutumes et traditions dans les sociétés congolaises ont influencé l'existence et l'exacerbation des violences basées sur le genre et en particulier les violences sexuelles.

D'après le rapport de la Revue documentaire sur les violences sexuelles en RDC, de 1996 à 2006, les violences sexuelles sont constatées sous toutes les formes à travers le pays mais présentent des fois quelques particularités dans certaines provinces. Même si dans la plupart des cas ces violences concernent les territoires qui été en guerre, elles sont également perpétrées dans les zones qui ne sont pas affectées par la guerre.

Selon **EDS 2007**, les proportions des femmes en union, divorcées, séparées ou veuves qui déclarent avoir déjà subi les violences sexuelles par tranches d'âge révèlent : 36% (15- 19ans), 31%(20-24ans), 40%(25-29ans), 31%(30-39ans) et 40%(40-49ans).

Les violences sexuelles sont perpétrées indépendamment du milieu, 35% (urbain ou rural). Toutes les provinces sont touchées mais trois occupent les premières places (Equateur 52%, Kasaï 46%, Bandundu 45%) et Bas-Congo ferme la marche avec16% !

L'enquête MICS 2010 relève surtout les violences conjugales tant physiques que sexuelles ; ces dernières étaient restées longtemps occultées voire niées, alors que selon certaines enquêtes, près des deux tiers des victimes de violences conjugales subiraient aussi des violences sexuelles. Selon la même enquête les trois-quarts des femmes âgées de 15 à 49 ans (76 pour cent) trouvent normal qu'un mari batte sa femme pour une raison ou une autre.

POUR FAIRE FACE À CETTE SITUATION LE GOUVERNEMENT DE LA RDC A MIS EN PLACE DES INSTRUMENTS VISANT DE LUTTER CONTRE LA VIOLENCE À L'ÉGARD DES FEMMES. IL S'AGIT ENTRE AUTRES DE :

1. **LES ARTICLES 12, 13 ET 14 DE LA CONSTITUTION DE LA RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO PORTANT NÉCESSITÉ DE LA MISE EN ŒUVRE DE L'ÉGALITÉ DES DROITS, DES CHANCES ET DES SEXES ENTRE LES CONGOLAISES ET CONGOLAIS AINSI QUE DE L'OBLIGATION D'ÉLIMINER TOUTES LES FORMES DES VIOLENCES À L'ENDROIT DE LA FEMME DANS LA VIE PUBLIQUE ET PRIVÉE,**

2. **LA LOI SUR LES VIOLENCES SEXUELLES DE 2006, RÉPRIMANT SÉVÈREMENT LES INFRACTIONS SE RAPPORTANT AUX VIOLENCES SEXUELLES,**

3. **LA LOI DE 2009 PORTANT PROTECTIONS DES ENFANTS,**

4. **L'ADOPTION DE LA POLITIQUE NATIONALE GENRE PAR LE GOUVERNEMENT,**

5. **LA RÉVISION DU CODE CONGOLAIS DE LA FAMILLE SELON LE GENRE DONT LE PROCESSUS EST EN COURS DE FINALISATION,**

6. **LA LOI PORTANT MODALITÉS PRATIQUE DE MISE EN APPLICATION DES DROITS DES FEMMES ET DE LA PARITÉ HOMME-FEMME EN COURS D'ADOPTION AU PARLEMENT,**

7. **LES RÉSOLUTIONS 1325, 1820 ET 1888 DES NATIONS UNIES SUR LA LUTTE CONTRE LES VIOLENCES SEXUELLES EN RDC.**

MALGRÉ L'AMPLEUR DU PROBLÈME, LA PLUPART DE PRESTATAIRES DES SOINS DE SANTÉ N'ONT PAS DES COMPÉTENCES VOULUES POUR ASSURER LA PRISE EN CHARGE DES VICTIMES SURVIVANTES DES VIOLENCES SEXUELLES.

C'est ainsi que le Ministère de la santé et ses partenaires avaient élaboré un module de formation des prestataires en PEC des VVS (2005), les normes et directives SMNE relatives aux interventions de la PEC médicale des survivants de violences sexuelles (2010) et les différents protocoles des PEC des VVS (2011). C'est dans ce cadre qu'il a été décidé de produire à partir des documents existants, le présent module de formation des prestataires des soins aux survivants/victimes des violences sexuelles (SVS) et basées sur le genre intégrant l'aspect VIH/SIDA.

Ce module de formation est destiné principalement :

- Aux prestataires des soins de santé à l'HGR et CS
- Aux membres du BCZS et équipes cadres de la Zone de santé.

Le formateur utilisera l'approche de la pédagogie par compétences tandis que l'animation de ce module sera basée sur l'exploitation des expériences des participants afin de les amener à appliquer les procédures et outils retenus dans ce module. Le formateur fera appelle aux données de terrains disponibles pour étoffer les exercices. Un stage de 8 heures reparties en 2 jours doit être prévu dans une formation sanitaire qui a une expérience en PEC des SVS

Lors du stage les objectifs suivants seront visés :

- Effectuer avec empathie, compétence et confidentialité au moins un examen clinique (et médico-légal) de la VS
- Remplir au moins un pictogramme
- Conserver les preuves recueillies dans un endroit approprié.

- Prescrire les traitements
- Remplir les outils de travail de PEC des SVS.

Orientations sur l'organisation de la formation

La session de formation peut être organisée en régime résidentiel pendant 5 jours ou non résidentiel pendant 7 jours. Le site doit disposer d'une salle pour les plénières et des quatre endroits pour les travaux des groupes. Nous préconisons pour la session de formation au moins 20 participants au plus 24participants. Il faut prévoir 2 formateurs permanents et 3 intervenants avec une expérience du terrain.

I. BUT DE LA FORMATION

Contribuer à la mise en œuvre de la stratégie nationale de lutte contre les violences basées sur le genre par le renforcement des capacités des prestataires de soins.

II. OBJECTIFS DE LA FORMATION

2.1. Objectif Général

Renforcer les capacités des prestataires des soins dans la prise en charge holistique des victimes/survivants des violences sexuelles.

2.2. Objectifs spécifiques

A la fin de la formation, les participants doivent être capables de **:**

- Expliquer les Concepts autour des violences sexuelles, les causes ou les facteurs favorisants, les conséquences des violences sexuelles, les liens entre le VIH/Sida avec VSBG, les particularités des violences sexuelles basées sur le genre en RDC ;
- Déterminer les droits, les besoins et aspirations des victimes des violences sexuelles ;
- Conduire l'examen clinique et para clinique des victimes des violences sexuelles ;
- Collecter les preuves médico-légales chez les SVS
- Donner le traitement préventif, curatif et promotionnel des conséquences des VS
- Organiser les services de soins aux victimes/survivants dans les structures sanitaires ;
- Collaborer aux activités de lutte contre les VS dans la communauté
- Assurer la gestion de l'information, le suivi et l'évaluation des activités en rapport avec la prise en charge des SVS.

III. LE CONTENU DU MODULE

Le présent module est axé sur les points ci-après :

I. Introduction générale
II. Les objectifs de la formation

Chapitre 1 : Les généralités sur les violences sexuelles

- Section 1 ; Définition des concepts
- Section 2 ; Facteurs favorisants (causes) et conséquences des violences sexuelles.
- Section 3 ; Particularités des violences sexo-spécifiques en RDC.

Chapitre 2 : Droits et besoins des victimes/Survivants des violences sexuelles.

- Section 1 : Réaction de la survivante et soutien émotionnel approprié.
- Section 2 : Droits des survivants/victimes des violences sexuelles.
- Section 3 : Besoins et aspiration des survivants/victimes des violences.

Chapitre 3 ; Examen clinique et para clinique des SVS.

- Section 1 ; Principes directeurs pour les personnes travaillant avec les SVS.
- Section 2 ; Anamnèse et récits des faits.
- Section 3 ; Examen physique.

Chapitre 4 ; Collecte des preuves médico-légales.

Chapitre 5 ; Prescription des traitements.

Chapitre 6 ; Organisation d'un service des soins de santé aux SVS.

Chapitre 7 : Collaboration aux activités de lutte contre les violences basées sur le genre dans la communauté.

Chapitre 8 : Gestion de l'information, suivi et évaluation des activités en rapport avec la prise en charge des SVS.

CHAPITRE 1: GENERALITES SUR LES VIOLENCES SEXUELLES

1.1. INTRODUCTION

En RDC, les violences sexuelles ont atteint l'ampleur d'un problème de santé publique, suite aux guerres et divers troubles sociaux que le pays connait depuis une quinzaine d'années. Une meilleure prise en charge de ce problème commence inévitablement par la maîtrise des concepts liés aux violences sexuelles ; ce qui n'est pas encore le cas pour la plupart des prestataires appelés à remplir cette tâche.
Ce chapitre donne au prestataire l'occasion de se familiariser avec des définitions des différents concepts liés aux violences sexuelles et **basées** sur le genre, les causes et facteurs favorisants, les conséquences ainsi que l'expérience de la RDC en matière de lutte contre des VS. Ainsi outillé, le prestataire pourra aborder avec discernement la prise en charge de ce problème de santé publique aux allures inquiétantes en RDC.

1.2. OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

1.2.1. Objectif spécifique

- A la fin du chapitre, l'apprenant devra être capable d'expliquer les Concepts autour des violences sexuelles, les causes ou les facteurs favorisants, les conséquences des violences sexuelles et les particularités des violences sexuelles basées sur le genre en RDC ;

1.2.2. Objectifs opérationnels

Lorsqu'il sera appelé à expliquer les concepts en rapport avec les violences sexuelles, le participant doit être capable :

- De définir de façon opérationnelle les concepts violences sexuelles et autres apparentés
- D'énumérer les facteurs favorisants ou causes, les conséquences des violences sexuelles, les liens entre les violences basées sur le genre et le VIH/Sida tels que décrits dans ce module ;
- De décrire les particularités des violences sexospécifiques en RDC

1.3. RESSOURCES

1.3.1. Matériels didactiques

- Chevalet et Flip-charte / marqueurs ;
- Tableau noir et craies ;
- LCD, Rétroprojecteur ;
- Vidéo
- Modules de formation ;
- Présentation en Power Point
- Fiches d'exercices
- Fiches d'informations

1.3.2. Durée 4 heures.

1.4. METHODES DE TRAVAIL

1.4.1. Activités du formateur

- Exposés participatifs
- Brainstorming
- Répartition des participants en groupes de travail
- Conduire les discussions en plénière
- Synthèse
- Evaluation

1.4.2. Activités de participants

- Répondre aux différentes questions
- Poser des questions de clarification
- Travail en groupe,
- Restitution en plénière
- Appropriation de la synthèse

1.5. CONTENU

SECTION I : DEFINITIONS DES CONCEPTS

1°Violence

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la violence peut être définie comme « la menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un mal-développement ou des privations (Réf OMS Rapport Mondial sur la violence 2002).

2° Violence sexuelle

L'OMS définit la Violence sexuelle comme tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail.

NB. ***Cette définition s'applique notamment au mariage précoce des filles, le mariage imposé, l'inceste, le lévirat et le sororat, le rapt marital, la prostitution forcée, la violence sexuelle contre les professionnels de sexe, les abus en milieu scolaire, etc.***

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé et l'IASC, la violence sexuelle recoupe tout acte sexuel essayé ou complet avec une personne qui est :

- incapable de comprendre la nature ou la condition de l'acte
- incapable de refuser la participation ou
- incapable de communiquer qu'elle ne souhaite pas s'engager dans l'acte sexuel (par exemple, parce qu'elle est malade, infirme ou sous l'influence d'alcool ou autres drogues ou encore suite à l'intimidation ou la pression)

Selon l'UNICEF, est considérée comme violence sexuelle, tout acte, tentative, commentaire ou avance à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, commis par un individu sans le consentement de la personne visée dans le but d'assujettir autrui à son désir propre par un abus de pouvoir, l'utilisation de la force ou de la contrainte ou sous la menace ».

3° Les violences sexospécifiques

Le terme genre renvoi à un fondement de l'organisation sociale qui fait référence aux spécificités sociales des individus dans leur communauté et dans leur culture en fonction de leur sexe. On trouve en effet, dans chaque société, des règles, implicites et explicites, qui régissent les rôles et le statut de chacun de ses membres selon son sexe. Ces règles déterminent ce qui est acceptable, convenable et approprié à chacun, selon qu'il est de sexe féminin ou masculin. On apprend en communauté à être un homme ou une femme avec les droits et devoirs propres à son sexe.

Les violences liées au genre

Les violences liées au genre peuvent ainsi se définir comme tout acte qui entraîne ou qui vise à entraîner un préjudice ou une souffrance physique, sexuelle ou psychologique à une femme parce qu'elle est une femme ou à un homme parce qu'il est un homme, y compris la menace de tels actes, la coercition ou la privation arbitraire de liberté, que cela arrive en public ou dans la vie privée. L'expression « violences liées au genre » est souvent employée afin de mettre l'accent sur les spécificités socioculturelles attribuées aux personnes selon leurs rôles et statuts en tant qu'êtres sexués. « Les violences liées au genre se manifestent par le fait de croyances, de traditions, de comportements ou d'attitudes dommageables envers les individus en fonction de leur sexe.

Elles se manifestent par le fait de croyances, de traditions, de comportements ou d'attitudes dommageables envers les individus en fonction de leur sexe. (Out)

La violence faites aux femmes

« Le terme "violence à l'égard des femmes" désigne [tous] les actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée[1].

Liens entre « violences liées au genre »et « violences faites aux femmes »

Nous pouvons constater que, même si les femmes, les hommes, les garçons et les filles peuvent être victimes de violences liées au genre, les femmes et les filles en sont les

[1] *Déclaration sur l'élimination de la violence contre les femmes, Assemblée générale des Nations unies, 20 décembre 1993*

principales victimes. Cela constitue une illustration symptomatique de la construction sociale inégalitaire entre les hommes et les femmes dans la plupart des sociétés. Souvent, les termes de « violences faites aux femmes », « violences genrées », « violences liées au genre », « violences sexospécifiques » ou bien encore « violences sexistes » sont utilisés de manière interchangeable[2].

Le cycle de la violence

Plusieurs études qui se sont penchées sur la violence conjugale montrent que celle-ci se manifeste généralement sous forme de cycles. Cette violence s'installe progressivement dans le couple, elle est rarement subite. Classiquement, le cycle de violence se déroule en quatre phases et de manière répétitive. A chaque étape, le danger augmente pour celle qui subit.

1°Une phase de tension, d'irritabilité de l'homme, liées selon lui à des soucis ou à des difficultés de la vie quotidienne. Pendant cette phase, la violence n'est pas exprimée directement, mais elle transparaît à travers les mimiques (silences hostiles), les attitudes (regards agressifs) ou le timbre de la voix (ton irrité). Tout ce que fait le conjoint ou la compagne énerve. Pendant cette phase de montée de la violence, l'homme tend à rendre la femme responsable des frustrations et du stress de sa vie. Bien sûr, les raisons invoquées par lui ne sont qu'un prétexte et en aucun cas une cause de la violence. A cette étape, les victimes ne sont pas encore capables de comprendre ce qui se passe et les stratégies utilisées consistent à éviter les dégâts, à minimiser les choses et faire baisser la tension.

2°Une phase d'agression, où l'homme donne l'impression de perdre le contrôle de lui- même. Ce sont alors des cris, des insultes et des menaces ; il peut aussi casser des objets avant d'agresser sa compagne physiquement. La violence physique commence progressivement : bousculades, bras tordus, gifles, puis coups de poing et éventuellement recours à une arme. La perte de contrôle de l'agresseur et son désir de destruction sont les traits distinctifs de cette phase. Face à cette explosion, la victime peut protester, éviter les coups, fuir ou se réfugier dans une autre pièce, mais elle évite généralement de répondre du coup par coup, car elle a peur. Elle sait que toute réaction violente de sa part ne fera qu'augmenter la violence de son partenaire. C'est pour elle une question de survie. Une fois passée, l'agression laisse place à celle de l'anxiété, de la tristesse, et à un sentiment d'humiliation et d'impuissance.

3°Une phase d'excuses, de répit amoureux *où* l'homme cherche à se faire pardonner et à minimiser son comportement. Cette phase se caractérise par une période d'accalmie, voire de comportement amoureux de la part de l'agresseur. L'explosion de violence est suivie de remords et l'homme tente de s'en débarrasser en cherchant une explication qui pourrait le déculpabiliser. Le plus facile est de rendre sa partenaire responsable ; elle l'a provoqué. Ou il justifie son comportement par des motifs extérieurs (surcharge de travail, alcool, fatigue etc.).

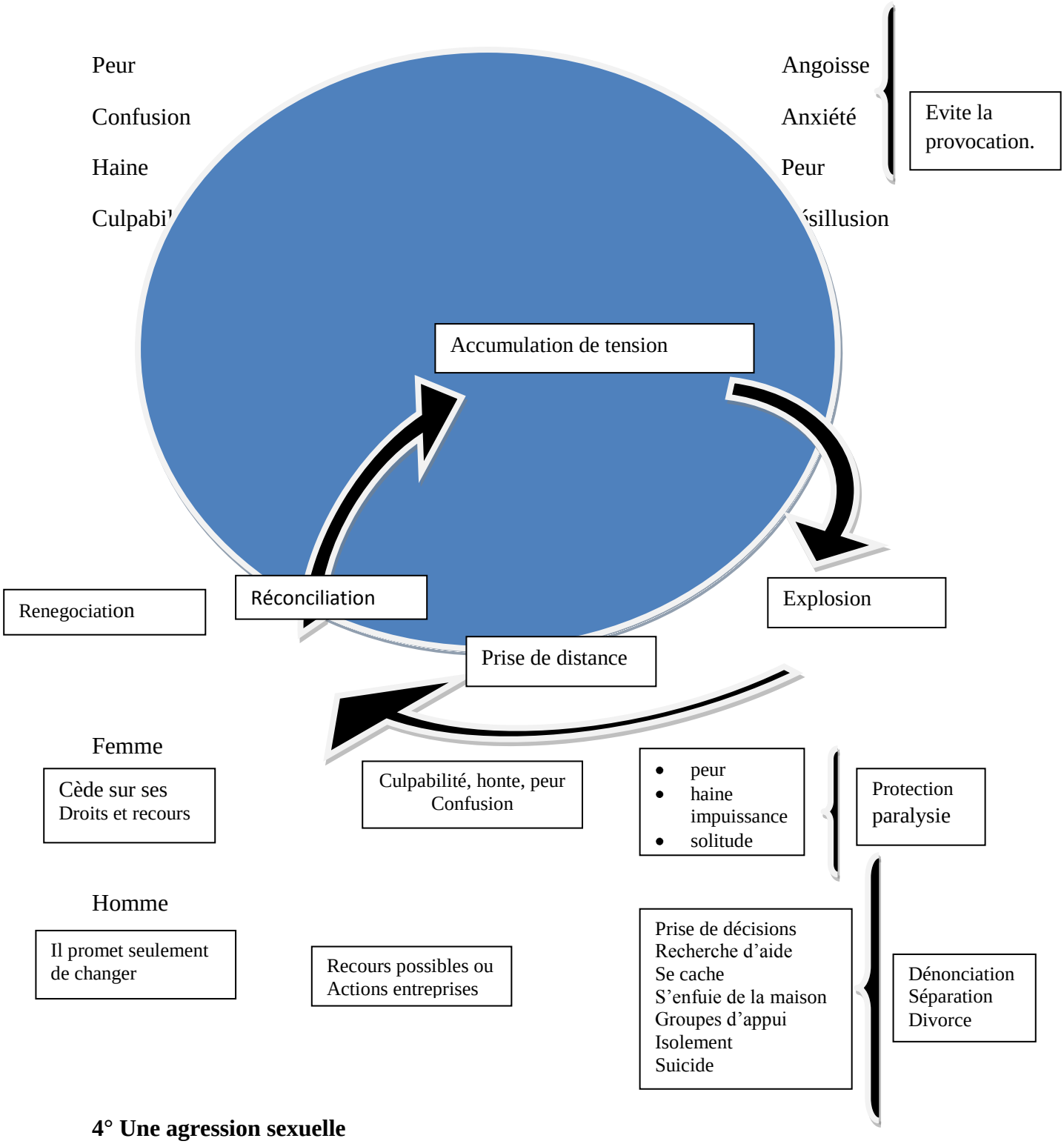
4°Une phase de réconciliation : Pour se faire pardonner, l'homme adopte alors une attitude agréable. Il devient attentif et prévenant. On interprète cette phase comme une manipulation des hommes pour mieux « tenir » la victime. En réalité, à ce moment précis, les hommes sont sincères, car ils sont paniqués à l'idée qu'ils sont allés trop loin et que leur femme peut les

[2] Module MDM, Pg 21

quitter. C’est la peur de l’abandon qui conduit à ce changement de comportement. Pendant cette phase, les femmes reprennent espoir de voir les choses s’arranger. C’est généralement à ce moment- là qu’elles retirent leurs plaintes ou renoncent à porter plainte. Le cycle de violence peut donc recommencer, parfois de plus belle encore…

Lorsque la violence est installée, les cycles se répètent, telle une spirale qui va en s’accélérant dans le temps et avec une intensité croissante. Au fur et à mesure, la période de rémission diminue et le seuil de tolérance de la femme augmente. La violence devient normale ; elle est banalisée. A partir d’un certain seuil, si rien ne vient interrompre le processus, la vie de la femme peut être en danger.

Schéma du cycle de la violence



4° Une agression sexuelle

Est définie comme n'importe quel acte de violence ou contact physiques à caractère sexuel, y compris une pénétration vaginale, anale, avec le pénis, une autre partie du corps ou un objet étranger, perpétrés sans le consentement de la personne visée. Une agression sexuelle inclut l'acte sexuel forcé par voie orale.

5° Le viol

Un viol est un acte sexuel imposé par une contrainte physique ou psychologique. C'est une agression sexuelle impliquant spécifiquement une pénétration sexuelle, vaginale, anale ou orale ou pénétration par la main ou un objet. (Wikipedia-dictionnary).

Il y a tentative de viol si l'on essaie de commettre un tel acte. Lorsqu'il y a viol d'une personne par deux ou plusieurs agresseurs, on parle de « viol collectif »,un acte de rapport sexuel sans le consentement de la victime, toute pénétration est considérée comme un viol que ça soit par un organe sexuel, un doigt ou tout autre objet utilisé à cette fin, une tentative de viol est un essai d'obtenir d'une personne un rapport sexuel sans aboutir à une pénétration Exemples de viol:

- Viol d'une femme
- Viol d'un mineur (garçon ou fille) y compris l'inceste
- Viol collectif ou en groupe, impliquant plusieurs agresseurs
- Viol conjugal, entre mari et femme

Viol masculin, parfois désigné sous le terme de « sodomie » (sachant que les femmes peuvent aussi être victimes de sodomie)

Le viol est une forme d'agression sexuelle qui a une signification juridique spécifique. En tant que membre du personnel médical, votre rôle n'est pas de déterminer s'il s'agit d'une agression sexuelle ou d'un viol. La définition légale du viol est différente dans chaque pays. Cela incombe aux juristes. [Grace Kodindo] « La responsabilité des cliniciens, ce n'est pas d'établir s'il y a eu viol, c'est d'abord de prendre les survivants en charge ».

6° Victime-«survivante »

Le terme de victime a été défini par l'Assemblée générale des Nations unies comme « des personnes qui, individuellement ou collectivement, ont subi un préjudice, notamment une atteinte à leur intégrité physique ou mentale, une souffrance morale, une perte matérielle ou une atteinte grave à leurs droits fondamentaux, en raison d'actes ou d'omission qui enfreignent les lois pénales en vigueur dans un État membre […] ou les normes internationalement reconnues en matière de droits de l'Homme ».

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

7° Le consentement en matière sexuelle

C'est l'acceptation volontaire d'une relation sexuelle basée sur une égalité de pouvoir pour s'engager dans un acte sexuel quelconque. Pour parler de la violence sexuelle, il faut qu'il n y ait pas consentement.

Manque de consentement :

- La victime a protesté d'une manière ou d'une autre (mot, geste ou autre réaction) Quand le consentement est donné par une autre personne
- La victime est incapable de donner son consentement pour des raisons mentales
- L'auteur a manipulé la victime pour l'amener à accepter (utilisation de drogues) ou a abusé de sa position de confiance, pouvoir, ou d'autorité.

8° La coercition

Elle vise le recours à la force à divers degrés. En dehors de la force physique, l'agresseur peut recourir à l'intimidation psychologique, au chantage ou à d'autres menaces.

9°Le traumatisme

C'est une version extrême de situations stressantes. C'est un état de perturbation mentale ou émotionnelle connu également sous le nom de choc. Un événement traumatisant représente souvent un « tel choc » et une telle douleur qu'il envahit entièrement. La personne en situation traumatisante est incapable de faire face à ce qui lui arrive et de réagir comme elle le ferait dans d'autres situations. Contrairement au stress ou à la crise, même quand un traumatisme est passé, les souvenirs de cet événement persistent et les effets émotionnels se font sentir pendant des mois voire des années. Sans aide, l'événement traumatisant marque les gens pour le reste de leur vie.

10°Différents types de violence sexuelles

La violence sexuelle s'exerce sous différentes formes dont il faut bien comprendre le sens, les circonstances de survenue et identifier les auteurs potentiels tel qu'illustré par le tableau ci-après :

Formes	***Description / exemples***	***Peut être perpétré par …***
1. Harcèlement sexuel	Toute avance sexuelle malvenue, généralement répétée et sans réciprocité ; attentions sexuels non sollicitées ; Demande d'accès ou de faveurs sexuelles ; Allusion sexuelle ou autre comportement verbal ou physique de nature sexuelle ; Exhibition de documents pornographiques, qui empiètent sur le travail, est présentée comme une condition d'emploi ou crée un environnement de travail intimidant, hostile ou choquant.	Employeurs, superviseurs ou collègues, toute personne en position de pouvoir, d'autorité ou de contrôle.
2. Viol et viol conjugal	Pénétration de toute partie du corps de la victime ou de l'auteur par un organe sexuel, ou de l'orifice anal ou génital de la victime par tout objet ou toute autre partie du corps par la force, la menace de la force, la coercition, la mise à profit d'un contexte coercitif, ou à l'encontre d'une personne incapable de donner un consentement authentique (Cour pénale internationale)	Toute personne en position de pouvoir, d'autorité ou de contrôle, y compris le mari, le partenaire intime ou la personne en charge de la victime
3. Sodomie forcée/ viol anal	Relations anales imposées par la force ou la contrainte, généralement d'un homme à un homme, d'un homme à une femme et d'une femme à une femme.	Toute personne en position de force, pouvoir, d'autorité ou de contrôle.
4. Pédophilie	Attirance sexuelle des adultes vers les très jeunes enfants ou entretien des rapports sexuels entre adultes et très jeunes enfants.	Adultes de deux sexes.
5. Abus sexuel	Pénétration physique réelle ou menace de pénétration physique de nature sexuelle, incluant les attouchements déplacés, effectués de force ou dans les conditions de rapports inégaux ou de coercition.	Toute personne en position de pouvoir, d'autorité ou de contrôle, membre de la famille/communauté, collègue de travail, y compris les superviseurs, étrangers.

6. Abus sexuel, souillure et inceste à l'encontre des enfants	Tout acte dans lequel un enfant est utilisé à des fins de gratification sexuelle. Toute relation/interaction sexuelle avec un enfant.	Une personne en qui l'enfant a confiance, y compris un parent, un frère, un membre de la famille élargie, un mari ou un étranger, enseignant, aîné, dirigeant ou toute autre personne en charge de la victime, toute personne en position de pouvoir, d'autorité et de contrôle sur l'enfant.
7. Mutilations génitales féminines	Ablation partielle ou totale, élongation des organes génitaux féminins ou encore, introduction de substances corrosives, pour des raisons culturelles.	Praticiens traditionnels, appuyés, tolérés ou assistés par la famille, la communauté entière, etc.

NB. A part les formes de violences sexuelles énumérées ci-haut, il existe aussi d'autres formes des violences sexuelles qui sont prévues dans la loi

SECTION 2 : LES FACTEURS FAVORISANTS ET CONSEQUENCES DES VIOLENCES SEXUELLES

Au regard des causes et facteurs les favorisants, les violences basées sur le genre portent atteinte au bien-être de la personne humaine et entraînent des conséquences multiples sur tous les plans touchant pratiquement, selon les catégories des auteurs et des victimes, toute la société.

2.1. LES FACTEURS FAVORISANTS DES VIOLENCES SEXUELLES

La violence sexuelle résulte de l'interaction complexe de facteurs individuels, relationnels, sociaux, culturels et environnementaux.

Facteurs individuels	• Faible niveau d'instruction, • Faible revenu, • Avoir été témoin durant l'enfance d'actes de violences conjugales. • Dépendance (âge) • Invalidités physiques et mentales • Manque des solutions de substitution pour faire face aux changements de situation socio-économique • Usage-abus d'alcool ou de drogues/toxicomanie. • Traumatisme psychologique et stress lié au conflit, à la fuite et au déplacement • Perturbation des rôles au sein de la famille et de la communauté • Ignorance/manque des connaissances des droits individuels prévus par le droit national et international
Facteurs sociaux et culturels	• Croyances et pratiques culturelles et traditionnelles discriminatoires • Croyances religieuses • Normes accordant plus de contrôle sur le comportement des femmes ; • Acceptation de la violence comme méthode de résolution des problèmes.
Cadre et pratiques juridiques dans les pays d'accueil et/ou pays d'origine (refugiés, émigrés et déplacés)	• Législation ou pratiques d'administration de la justice qui appuient la discrimination sexo spécifique et tolèrent violence sexuelle et sexiste • Absence de protection légale des droits des femmes et des enfants • Absence de législation ou mauvaise applications des lois réprimant les violences sexuelle et sexiste • Manque de confiance dans les autorités chargées de l'application de la loi • Application des lois et de pratiques coutumières et traditionnelles imposant la discrimination sexospécifiques • Manque général de sensibilisation et absence des campagnes condamnant et dénonçant les violences sexuelles et sexistes • Pratique discriminatoire dans l'administration de la justice et l'application de la loi • Sous-estimation des incidents dans les rapports et manque

	de confiance dans l'administration de la justice • Manque de volonté de poursuivre effectivement en justice tous les cas signalés aux autorités • Faible nombre de poursuites engagées par rapport au nombre des cas signalés • Police et tribunaux inaccessibles à cause de l'éloignement du camp • Absence/insuffisance de fonctionnaires de sexe féminin chargés de l'application de la loi • Insuffisance des ressources administratives et de l'équipement mis à la disposition des tribunaux locaux et des responsables de la sécurité
Guerre et conflit armé	• Effondrement des structures sociales • Exercices du pouvoir politique et du contrôle sur les autres communautés • Différences/conflits ethniques • Discrimination socio-économique

Facteurs de risques à plusieurs niveaux

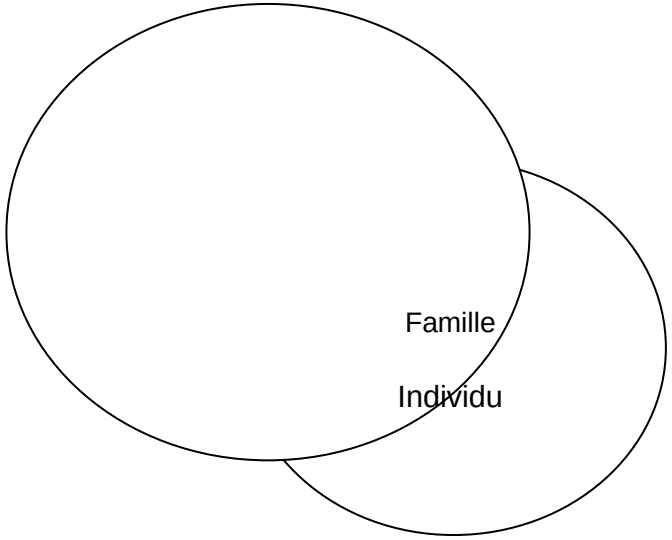
- Niveau individuel
- Niveau familial
- Niveau communautaire/sociétal

Parent

- Jeunesse
- Famille monoparentale
- Grossesse non désirée
- Compétences parentales limitées
- Exposition précoce à la violence
- Toxicomanie
- Soins prénatals inadéquats
- Troubles physiques ou mentaux
- Problèmes relationnels

Enfant

- Sexe
- Prématurité
- Non désiré
- handicapé



Famille

- Dimension/densité
- Situation socio-économique défavorable
- Isolement social
- Haut niveau de stress
- Antécédents de mauvais traitements ou de violence à domicile

Communauté/société

- Inexistence ou non-application des lois de protection de l'enfance
- Dénigrement de l'enfant (minorité, incapacité, sexe)
- Inégalités sociales
- Violence organisée (guerre, armes légères, criminalité élevée)
- Haut degré d'acceptabilité de la violence
- Violence dans les médias
- Normes culturelles

2.2. LES CONSEQUENCES DES VIOLENCES SEXUELLES

Tous les types des violences sexuelles ont des conséquences sérieuses voir fatales sur la santé.

2.2.1. Conséquences fatales

- Homicide
- Suicide
- Mortalité maternelle
- Mortalité infantile
- Mortalité liée au Sida

Conséquences non fatales		
Conséquences physiques aiguës	Conséquences physiques Chroniques	Conséquences sur la procréation
• Blessure • Choc • Infection • Handicap physique	• Invalidité • Maladies somatiques • Infections chroniques • Douleur chronique • Troubles gastro-intestinaux • Troubles de l'alimentation • Troubles du sommeil • Abus d'alcool/de drogues	• Fausse couche • Accouchement prématuré • Grossesse non souhaitée • Avortement dangereux • IST, y compris le VIH/SIDA • Complications de la grossesse • Troubles gynécologiques (Troubles menstruels, fistules,…) • Troubles sexuels (frigidité,…) • Stérilité

2.2.2. Conséquences sanitaires de la maltraitance des enfants

Physique

- Plaie et hématomes
- Brûlures
- Lésions oculaires
- Lacérations et abrasions
- Fractures
- Traumatismes abdominaux / thoraciques
- Intoxications
- Asphyxie
- Lésions du système nerveux central
- Syndrome de Münchhausen par procuration

Sexuelles

- Grossesse non souhaitée
- IST
- VIH/SIDA
- Morbidité due à des problèmes de santé génésique
- IVG

Comportement affectif

- Manque d'estime de soi
- Hyperactivité
- Traumatisme
- Relations difficiles avec les camarades
- Sentiment de honte/culpabilité
- Troubles somatiques
- Dégradation des résultats scolaires
- Troubles de l'alimentation
- Dépression, anxiété
- Abus de la drogue et de l'alcool

A long terme

- Effets sur le développement
- Incapacité
- Troubles de l'alimentation
- Troubles du sommeil
- Abus de l'alcool et des drogues
- Dépression, anxiété
- Délinquance, comportement violent
- Comportement autodestructeur
- Comportement à risque
- Probabilité accrue de devenir un parent maltraitant
- Effets à long terme sur la santé génésique
- Dysfonctionnement sexuel
- Stérilité

Fatales

- Homicide
- Suicide
- Infanticide
- VIH/SIDA
- Avortement en fonction du sexe de l'enfant
- Mortalité due à des effets néfastes de santé génésique

2.2.3. Conséquences des violences sexuelles chez l'homme

Les hommes sont souvent victimes des violences sous les formes suivantes :

- Relation sexuelle par l'anus (Sodomisation)
- Masturbation forcée de l'auteur ou l'agresseur
- Rapport sexuel par voie orale

Les violences sexuelles faites chez les hommes ne sont pas aussi largement documentées, ceci à cause de la réticence des hommes à porter plainte devant la police pour ces actes. Les hommes éprouvent des difficultés à se présenter comme victimes de violence sexuelle par honte et résignation. Il existe néanmoins des situations où la prévalence des violences sexuelles est généralement très élevée. C'est le cas dans les prisons et au sein des forces armées.

Généralement les hommes ont les mêmes réactions que les femmes faces aux violences sexuelles sur le plan physique, psychologique (peur, dépression, tendance suicidaire, anxiété, trouble sexuel et problème relationnel). Les hommes peuvent aussi connaître le stress post-traumatique, toutefois, ils sont préoccupés par leur masculinité et leur sexualité. Les opinions d'autres personnes à leur sujet (crainte d'être considéré comme homosexuel). Ils sont préoccupés par leur incapacité à prévenir ou à éviter ces viols.

A propos de la masculinité et la sexualité la conception erronée voudrait faire croire que seuls les homosexuels hommes sont violés et qu'un hétérosexuel ne pourra jamais violer un autre hétérosexuel.

2.2.4. Résumé de quelques conséquences essentielles de la violence selon les domaines

Domaine de la santé	Domaine affectif/psychologique/social
• Blessure, invalidité, décès • IST et SIDA • Troubles du système reproducteur (frigidité, vaginisme, impuissance, …) • Grossesse à problèmes, accouchement • Fausses couches • Grossesse non souhaitée • Avortement dangereux • Maladie chronique • Etat de choc • Infections • Hémorragie, …	• Colère, peur, ressentiment, haine de soi • Honte, perte de la capacité de jouer un rôle familial et social • Dépression • Trouble de sommeil et/ou de l'alimentation • Maladie mentale • Isolement social • Suicide • Condamnation, de la victime, stigmatisation • Isolement/rejet de la victime • Pression exercée sur les ressources et les appuis de la communauté
Domaine juridique/de la protection	**Domaine de la sécurité/ l'environnement**
• Pression exercée sur les systèmes de police et de justice déjà surchargés.	• La victime/survivante éprouve un sentiment d'insécurité, de menace, de crainte

• L'inadéquation des lois applicables à différentes formes des violences sexuelles et sexistes peut se traduire par l'absence de réparation judiciaire pour la victime/survivante et de sanction pénale pour l'auteur de violences. • Interventions judiciaires inappropriées qui ajoutent au traumatisme subi par la victime, comme le mariage précoce et forcé avec l'auteur de violences. • Faible taux de rapports d'incidents en raison d'un manque de confiance dans un système judiciaire marqué par les dysfonctionnements. • Incidence accrue des cas de récidive contre la même victime/survivante ou d'autres femmes ou jeunes filles de la communauté	• Climat de peur et d'insécurité, soit dans l'ensemble de la communauté, soit parmi les femmes seulement • La communauté peut se sentir dépassée ou impuissante pour n'avoir pu prévenir la violence en constituant des groupes de surveillance/sécurité • La communauté recourt à la « justice » de l'auto • défense pour se protéger contre le suspect • Les travailleurs sociaux et les victimes/survivantes sont exclus

2.2.5. Liens entre les violences liées au genre et le VIH / SIDA

La persistance dans le monde de cette pandémie de VIH/SIDA depuis des décennies nécessite qu'on comprenne les interactions entre celle-ci et les violences sexuelles.33 millions de personnes dans le monde vivent avec le VIH/Sida. Le nombre annuel des nouvelles infections à VIH survenues en 2010 est estimé à 2,5 millions.

Les femmes représentent la moitié de toutes les personnes vivant avec le VIH dans le monde et près de 60% des infections à VIH en Afrique subsaharienne.

La République Démocratique du Congo est en situation d'épidémie généralisée, avec une séroprévalence VIH de 2.5% parmi les femmes enceintes de 15 à 49 ans fréquentant les services de CPN (PNLS, 2011).

D'une manière générale, l'épidémie a tendance à se féminiser, à se ruraliser et à se juvéniliser et la voie de transmission la plus prépondérante est la voie sexuelle.

On estime qu'environ 80 à 90% de la transmission du VIH se fait par la voie sexuelle à travers les rapports sexuels non protégés d'une personne infectée à son/ sa partenaire sexuel(le).

Ces rapports peuvent être hétérosexuels (plus fréquents en RDC) ou homosexuels.

Ces relations concernent donc :

- la pénétration vaginale, anale ou même orale, non protégée, entre les deux individus. Toute infection génitale augmente le risque de transmission par voie sexuelle. Les contacts uro-génitaux (fellation ou cunnilingus) peuvent transmettre le VIH
- le contact direct avec le liquide pré-éjaculatoire, le sperme et les sécrétions vaginales

Les faits disponibles sur les liens entre la violence liée au Genre et le VIH/SIDA montrent qu'il existe plusieurs mécanismes directs et indirects qui sous-tendent cette interaction :

- ***Les rapports sexuels forcés et violents accroissent les risques de transmission du VIH.***

En effet, lors d'un acte sexuel forcé, les lésions, lacérations et abrasions sont fréquentes, facilitant alors l'entrée du virus par la muqueuse buccale, vaginale ou anale.

« Des études menées au Rwanda, en République-Unie de Tanzanie et en Afrique du Sud montrent que les femmes qui ont été victimes de violence risquent près de trois fois plus que les autres de contracter l'infection au VIH. »

- ***La violence ou la peur de la violence peuvent avoir les conséquences suivantes***
    - Impossibilité de négocier l'utilisation d'un préservatif ;
    - Réticence à se soumettre à un test de dépistage du VIH / SIDA ;
    - Réticence à divulguer son statut sérologique, retard dans l'accès au traitement du VIH/SIDA, abandon de la prise en charge.

- ***D'une façon plus indirecte, les victimes de violences*** (sévices sexuels subis dans l'enfance, initiation sexuelle forcée et violences exercées par le partenaire) ***ont davantage tendance, à la suite du traumatisme, à adopter un comportement à risque :*** multiplication des partenaires sexuels, relations sexuelles monnayées, services sexuels contre protection.
- ***Le fait d'être séropositif est un facteur de risque de violences de la part de son/sa partenaire et de la communauté.***

Les représentations et perceptions du virus peuvent entraîner des réactions violentes de formes différentes à l'encontre des porteurs du VIH/sida. Dans le cadre d'une étude américaine, il a été démontré que « 20,5 % des femmes, 11,5 % des hommes porteurs du VIH à la suite de relations homosexuelles (excluant la transmission du virus par injection de drogue) et 7,5 % des hommes restants ont déclaré avoir subi des violences physiques après avoir été diagnostiqués séropositifs. Près de la moitié d'entre eux ont indiqué que leur séropositivité serait une cause de violences(8)

- ***Le fait d'être une femme est également un facteur de risque concernant la transmission du VIH.***

D'un point de vue purement physiologique et biologique, la femme a plus de risques que l'homme de contracter le virus du sida au cours d'un rapport hétérosexuel non protégé. Les femmes sont également plus vulnérables au virus du sida pour des raisons socioculturelles, économiques et politiques. Parmi ces raisons, nous pouvons citer :

La sexualité trans- générationnelle (le fait que des hommes murs s'adressent à des jeunes filles) ou certaines pratiques traditionnelles (Mutilations génitales féminines, mariages précoces, etc.).

« Le risque d'infection au VIH chez les femmes et les jeunes filles, ainsi que leur vulnérabilité à cet égard, est la conséquence d'inégalités sexuelles très répandues et bien enracinées et que reflètent les actes de violence qui leur sont infligés(9). »

- ***Dans de nombreux conflits, les combattants utilisent parfois leur séropositivité afin d'accroître la violence envers leurs*** **ennemis.** Ils peuvent transmettre volontairement le virus du sida à leurs victimes, leur promettant ainsi « une mort lente et douloureuse »

SECTION 3 : PARTICULARITES DES VIOLENCES SEXO – SPECIFIQUES EN REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

Les différentes guerres qu'a connues le pays, les coutumes et traditions dans les sociétés congolaises ont influencé l'existence et l'exacerbation des violences basées sur le genre et en particulier les violences sexuelles !

L'Etat congolais s'est engagé résolument à lutter contre ce phénomène qui prenait déjà des proportions très inquiétantes au fil des temps.

Dans cette section, il est question de cerner l'ampleur des violences basées sur le genre en République Démocratique du Congo, citer certaines causes et conséquences rapportées.

Le cadre conceptuel des violences sexuelles ainsi que les efforts de lutte fournis par le pays pour éradiquer ce fléau seront abordés.

3.1. AMPLEUR DES VIOLENCES BASEES SUR LE GENRE EN RDC

Quelques données statistiques en rapport avec les violences basées sur le genre sont fournies par le Rapport de la Revue documentaire sur les Violences sexuelles en RDC, de 1996 à 2006, (cfr UNFPA ; rapport de Consultation ; avril 2007), l'Enquête rapide réalisé en 2006 (UNFPA), l'Enquête sur les violences faites à la femme et la jeune fille en 1999(Gambembo Gawiya Pierre, Violences faites à la femme et à la jeune fille en RDC, 1999, 70 pages).

Dans ces documents, les violences sexuelles sont constatées sous toutes les formes à travers le pays mais présentent des fois quelques particularités dans certaines provinces.

Même si dans la plupart des cas ces violences concernent les territoires qui été en guerre, elles sont également perpétrées dans les zones qui ne sont pas affectées par la guerre comme la ville de Kinshasa et celle de Kananga au Kasaï occidental où, c'est la mobilité des femmes et des jeunes filles qui les expose au viol (2%). Dans cette province, la fréquence des violences domestiques et des mariages précoces et forcés est élevée. A Lubumbashi, Gambembo signale 4% de harcèlement sexuel et 4% de viol !

Pour la province du Bas Congo, l'année 2005 accuse le plus grand nombre de cas de violence, soit 42 ,4% de cas sur le total des victimes.

Pour les zones en guerre, dans la province de l'Equateur, la commission justice et solidarité souligne qu'en 1999 une brigade des FAC a violé plusieurs femmes lors des revendications à Lingomo. A Basankusu, les FAC qui fuyaient devant l'ennemi ont violé plus de 200 femmes.

Plusieurs centaines des femmes ont été violées à Songo Mboyo et des hommes et des femmes ont vu leurs organes sexuels pimentés

La province du Maniema a été l'endroit où les viols, massacres et autres violences ont pris beaucoup d'ampleur surtout dans les camps antagonistes résistants et agresseurs.

Selon EDS 2007

L'ampleur des VS demeure encore très préoccupante ! En effet, les proportions des femmes en union, divorcées, séparées ou veuves qui déclarent avoir déjà subi les violences sexuelles par tranches d'âge révèlent : 36% (15- 19ans), 31%(20-24ans), 40%(25-29ans), 31%(30-39ans) et 40%(40-49ans).

Les violences sexuelles sont perpétrées indépendamment du milieu, 35% (urbain ou rural) Toutes les provinces sont touchées mais trois occupent les premières places (Equateur 52%, Kasaï 46%, Bandundu 45%) et Bas-Congo ferme la marche avec16% !

MICS 2010

Cette enquête relève surtout les violences conjugales tant physiques que sexuelles :

Le Viol entre époux ou entre partenaires

Ce phénomène est resté longtemps occulté voire nié, alors que selon certaines enquêtes, près des deux tiers des victimes de violences conjugales subiraient aussi des violences sexuelles.

Il ressort que les trois-quarts des femmes âgées de 15 à 49 ans (76 pour cent) trouvent normal qu'un mari batte sa femme pour une raison ou une autre. Cette attitude d'acceptation est beaucoup plus l'apanage des femmes du milieu rural (80 pour cent contre 67 pour cent de femmes du milieu urbain), des femmes divorcées (80 pour cent) et des femmes séparées (79 pour cent). Les femmes des ménages les plus pauvres (82 pour cent) l'acceptent aussi plus que celles des familles les plus riches (62 pour cent). Par ailleurs, quelques provinces présentent des proportions moins élevées que la moyenne nationale, à savoir la ville-province de Kinshasa, le Bas-Congo, le Bandundu et le Sud-Kivu, à l'opposé des provinces de l'Equateur (86 pour cent) et du Kasaï Occidental (85 pour cent) qui accusent les niveaux les plus élevés.

Les femmes qui approuvent la violence de la part de leurs partenaires acceptent et justifient cette violence dans la plupart des cas par le fait :

1. d'argumenter avec son mari (53 pour cent de femmes), cette raison étant la plus citée en milieu rural et dans les provinces de l'Equateur et du Kasaï occidental ;
2. de négliger les enfants (52 pour cent des cas), raison la plus citée en milieu urbain, dans la Province Orientale et à l'Equateur ;
3. du refus des relations sexuelles (50 pour cent) : raison citée surtout en milieu rural, dans la province Orientale à l'Equateur ;
4. de sortir sans informer le mari (50 pour cent), raison citée surtout en milieu rural, dans la Province Orientale et à l'Equateur et dans les ménages les plus pauvres et

5. le fait de bruler la nourriture (33 pour cent des cas), raison citée surtout dans la Province de l'Equateur, parmi les femmes divorcées et dans les ménages les plus pauvres.

3.2. FACTEURS FAVORISANTS LES PLUS CITÉS

a) En période de guerre ou conflits

Les facteurs ci-dessous favorisent les violences sexuelles pendant les conflits armés selon la plupart des documents consultés :

- Conflit social, politique avec affaiblissement de la loi (guerre, impunité des auteurs de viols) ;
- Disparités sociales, économiques, culturelles entre l'homme et la femme ;
- Système juridique discriminatoire à l'égard de la femme à différents niveaux ;
- Proximité avec un camps militaire et mobilité des hommes en uniforme qui loin de leurs épouses sont enclins à satisfaire leurs besoins sexuels.

b) Dans les zones sans guerre, « Temps de Paix »

- Usage d'alcool ou drogue inhibant les mécanismes de contrôle des auteurs des viols ;
- Polygamie, multi partenariat sexuel et prostitution ;
- Pratique de GAZA(initiation selon la tradition) ;
- Etre enfant de la rue ;
- Promiscuité, pauvreté ;
- Avoir déjà été violée ou victime de violences sexuelle ;
- Facteurs psychologiques pour les viols commis sur des enfants ou l'inceste ;
- Isolement, obscurité, solitude ;
- Absence de parents, ménages séparés ;
- Système judiciaire et policier majoritairement exercés par les hommes et pour beaucoup d'entre eux, le viol n'est pas un crime sérieux ;
- Droit coutumier généralement très discriminatoire à l'égard des femmes ;
- Sous représentation, des femmes dans de postes de responsabilité.

c) Pour les actes commis par les partenaires intimes

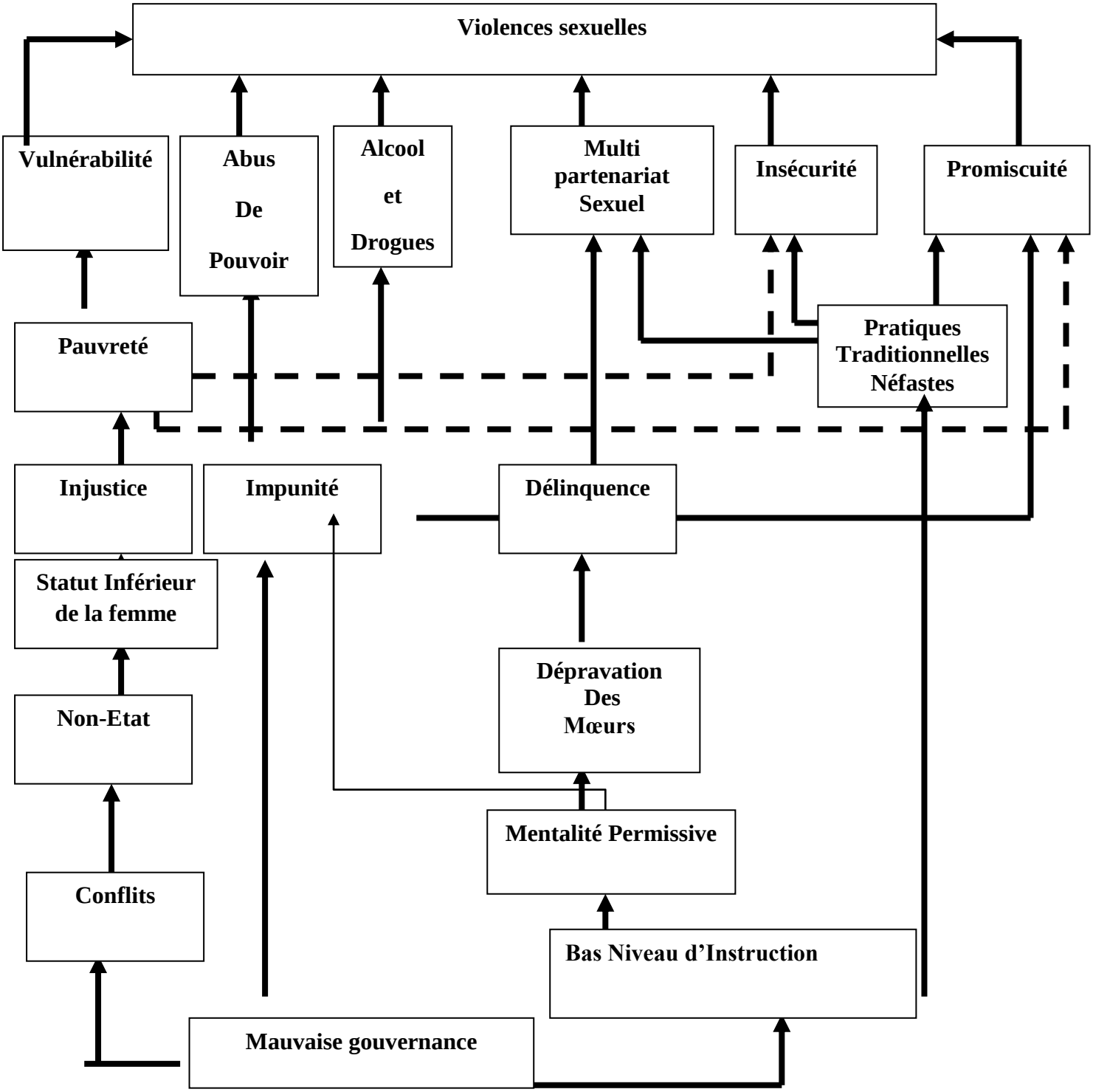
- Faible pouvoir d'autodétermination des femmes et de dominance culturelle de l'homme sur la femme ;
- Conflits conjugaux ;
- Antécédents familiaux de violences ;
- Précarité du ménage causée par les difficultés d'emploi du mari, les problèmes économiques de tout genre, les rapports extra conjugaux.

3.3. DETERMINANTS DES VIOLENCES SEXUELLES EN RD CONGO

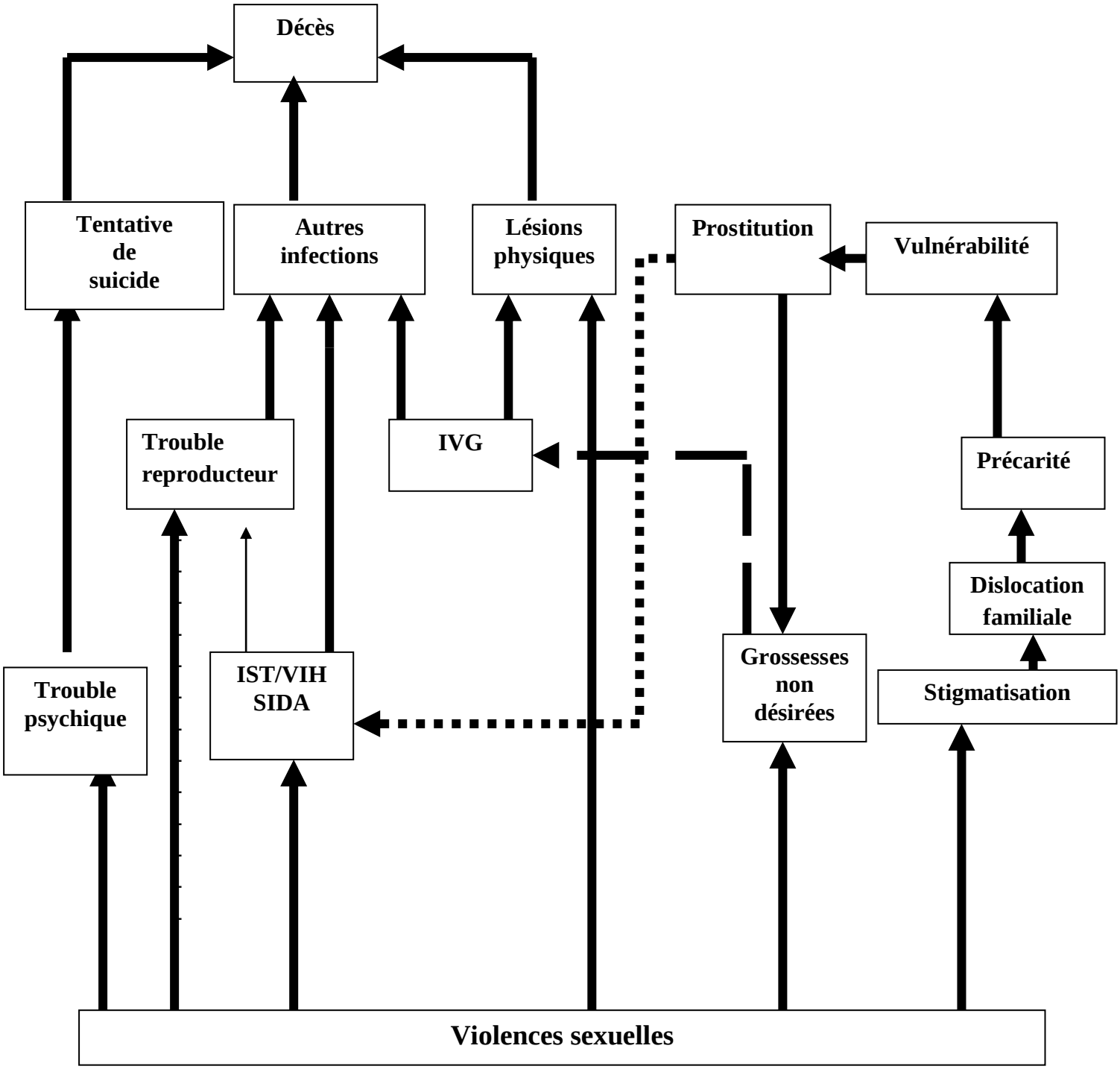
Cadre Conceptuel

Celui-ci tente d'expliquer d'une part, le rapport entre la mauvaise gouvernance, la manière dont se mène la vie dans la société congolaise en temps de paix ou de guerre, l'existence ou l'exacerbation des violences sexuelles basées sur le genre, d'autre part, les incidences socio-sanitaires de ces violences dans la vie des survivants(es) au sein de la société conduisant parfois à la mort !

- **CAUSES ET FACTEURS FAVORISANT LES VIOLENCES SEXUELLES**



- **INCIDENCES SOCIALES ET SANITAIRES DES VIOLENCES**
- **SEXUELLES (Conséquences)**



3.4. VISION DE LA RDC EN MATIERE DE LUTTE CONTRE LES VIOLENCES BASEES SUR LE GENRE

Le gouvernement de la République Démocratique du Congo prône « la Tolérance Zéro en matière de lutte contre toutes formes de violences sexuelles **».**

3.4.1. Efforts de lutte contre les VS

Face à la nécessité de prévenir et de réprimer sévèrement les infractions se rapportant aux violences sexuelles et d'assurer une prise en charge systématique des victimes de ces infractions, il s'est avéré impérieux de réviser certaines dispositions du code pénal.

C'est ainsi que la volonté du législateur, de réprimer sévèrement les violences sexuelles dans notre pays s'est matérialisée par les ***lois n°06/018 et n°06/019 du 20 juillet 2006.***

L'Expertise Médico-légale en matière de Violences Sexuelles est régie par *l'Art. 14 bis de la loi n°06/019 du 20 juillet 2006* qui dispose : « (…..) L'Officier du Ministère Public (OMP) ou le Juge requiert d'office un médecin et un psychologue afin d'apprécier l'état de la victime des violences sexuelles et de déterminer les soins appropriés ainsi que d'évaluer l'importance du préjudice subi par celle-ci et son aggravation ultérieure. »

Le Gouvernement de la République Démocratique du Congo, à travers les différents ministères impliqués dans la lutte contre les violences sexuelles (ministère du Genre, de la Famille et de l'Enfant, ministère de la santé publique, du plan, de la justice et droits humains, des affaires sociales et autres) en collaboration avec tous ses partenaires au développement, fournit des efforts très considérables dans la lutte contre toutes formes des violences sexuelles à l'égard de la femme, de la jeune et petite fille ainsi que de la personne tout court.

Dans ce sens, non seulement qu'il a ratifié la Convention Internationale contre toutes les formes des discriminations à l'égard de la Femme « CEDEF » et qu'il en est aujourd'hui à la production du 6ème et 7ème Rapport combiné sur l'évaluation de mise en application ainsi que la Plateforme de Beijing dont il a produit le Rapport Beijing+15 mais que davantage, la RDC prend une part active à toutes les rencontres régionales, africaines et mondiales sur l'habilitation des femmes, en particulier les Plates formes de Beijing, le Protocole de Maputo, le Protocole d'accord de la SADC sur le genre et le développement, le Pacte sur la sécurité, la paix, la démocratie et le développement dans la Région des Grands Lacs.

Aussi, s'est-il engagé depuis 2000 à la mise en œuvre de la Résolution 1325 du Conseil de Sécurité des Nations Unies qui vise la protection et l'implication des femmes dans les efforts de paix pendant et après les conflits par la mise en place de la synergie nationale et d'un plan d'action national. De même, le Gouvernement de la République a adhéré et a concrétisé la Résolution 1820 de 2008 du même Conseil de Sécurité des Nations Unies qui reconnait et condamne le viol comme arme de guerre et crime contre l'humanité à travers la création par les Décrets de Son Excellence Monsieur le Premier Ministre, de l'Agence Nationale de lutte contre les violences faites à la femme, à la jeune et petite fille en RDC « AVIFEM » et du Fonds National de la promotion de la Femme et de la protection de l'Enfant « FONAFEN ».

La Constitution de la République Démocratique du Congo indique clairement en ses articles 12, 13 et 14 la nécessité de la mise en œuvre de l'égalité des droits, des chances et des sexes entre les Congolaises et Congolais ainsi que de l'obligation d'éliminer toutes les formes des violences à l'endroit de la femme dans la vie publique et privée. Tout comme les lois de 2006 portant respectivement sur le renforcement de la répression en matière de viol et des violences sexuelles et la **loi *n° 09/001 du 1er janvier 2009* portant protection de**

l'enfant, sont autant des mesures prises par le Gouvernement et le Parlement de la République pour créer de nouvelles conditions et un environnement juridique susceptibles de prendre en compte les besoins sexospécifiques des femmes, de jeunes et petites filles dans notre législation nationale.

L'élaboration et la formulation du **document de Stratégie Nationale de lutte contre les violences basées sur le genre(SNVBG)** ainsi que de son Plan d'action national et de son plan opérationnel prioritaire en RDC depuis Novembre 2009 fait suite à l'initiative Conjointe entre le Gouvernement, les partenaires d'appui au développement et les organisations de la Société civile lancée depuis 2003 pour répondre à l'urgence de faire un état des lieux des violences sexuelles aggravées par les conflits armés et de donner des réponses ponctuelles aux victimes et survivantes.

Dans ce sens, le document de la Stratégie Nationale de lutte contre les violences basées sur le genre(SNVBG) ainsi que son Plan d'action national et son plan opérationnel prioritaire intègre totalement comme actions à court et moyen termes la Stratégie Globale de lutte contre les violences sexuelles initiée par la coordination du Système des Nations Unies en RDC et adoptée par le Gouvernement de la République.

A ce jour, la lutte contre les violences sexuelles basées sur le genre en RDC comprend cinq volets, à savoir :

1. La lutte contre toute les formes d'impunité, de corruption et de criminalité concrétisée par l'opération nationale « Tolérance Zéro »,
2. La Prévention et la Protection par l'habilitation des droits humains des femmes et des enfants,
3. L'Appui à la réforme de l'Armée Nationale, de la Police Nationale, des services de la Justice et de la Sécurité ainsi que de l'Administration publique pour la prise en compte en leur sein des besoins sexospécifiques des femmes,
4. La Réponse multisectorielle à donner aux victimes et aux survivantes des violences sexuelles et liées au genre selon les aspects médical, psychosocial, de la réinsertion socioéconomique, éducative et communautaire et
5. La gestion régulière et suivie des informations et de la Base des données en la matière.

La mise en œuvre de ces différents volets passe par le plan d'action national mis en place par le Gouvernement et coordonné conjointement par le Ministère du Genre, de la Famille et de l'Enfant pour la partie nationale et la MONUSCO pour le compte des Agences du Système des Nations unies et les partenaires bi et multilatéraux.

Les actions majeures suivantes sont menées dans le cadre de l'assistance multisectorielle :

- La Multiplication et le renforcement des capacités des cliniques juridiques et d'assistance psychosociale pour la prise en charge des victimes et des Survivantes ;
- Le Renforcement des capacités du personnel et des institutions médicales sur la prise en compte des besoins sexospécifiques des femmes pour une meilleure prise en charge médicale et mentale des victimes et des survivantes ainsi que des auteurs présumés ;
- Le développement des projets de relèvement communautaire durable pour favoriser la réintégration socio économique des victimes et des survivantes ;
- La mise à disposition des appuis nécessaires aux organisations de la société civile qui sont impliquées dans l'assistance aux victimes.

- La révision et la standardisation des protocoles nationaux de la prise en charge médicale, psychosociale, de réintégration socioéconomique et scolaire pour servir désormais de référence légale en matière d'assistance multisectorielle dans le cadre de la lutte contre les violences sexuelles et basées sur le genre en République Démocratique du Congo.

3.4.2 Mise à contribution de la Justice

Tout ce qui précède constitue pour le gouvernement de la RDC un arsenal efficace pour la matérialisation de sa vision de tolérance zéro en matière de lutte contre les violences sexuelles sur toute l'étendue du territoire national en se basant sur l'organisation du pouvoir judiciaire !

A propos de ce dernier, le système judiciaire en RDC fonctionne sous un mode pyramidal avec les juridictions civiles et militaires.

1. Juridictions civiles :

- Les tribunaux de paix dans chaque territoire et chaque ville
- Les tribunaux et parquets de grande instance : dans chaque ville et sous-région (district) juridiction qui, en premier
- Les Cours d'Appel et les parquets généraux près d'elles : dans chaque province
- Les Cours Administratives d'Appel et les parquets généraux
- La Cour Suprême de justice : cette dernière vient d'être éclatée en 3 juridictions distinctes pour plus d'efficacité, de spécialité et de célérité :

    1. La Cour de Cassation
    2. le conseil d'état
    3. La cour constitutionnelle

Modes de saisine des juridictions :

- <u>En matière pénale</u> :

    - Plainte, dénonciation, saisine d'office (Police et Parquets);
    - La citation directe (victime), la requête aux fins de fixation d'audiences (parquets) et la comparution volontaire
- <u>En matière civile</u> : les requêtes, les assignations, etc.

***2. Juridictions militaires* ;**

Les instances des juridictions, communément appelées les cours et tribunaux, avec comme acteurs les juges du siège :

1. Le tribunal militaire de Police (dans la garnison)
2. Le tribunal militaire de garnison (équivalent du tribunal de grande instance)
3. la cour militaire opérationnelle (en temps de guerre)
4. La cour militaire (équivalent de cour d'appel)
5. La haute cour militaire

Les instances pré juridictionnelles, qu'on appelle Auditorats ou parquets militaires, avec comme acteurs : les Auditeurs militaires ou magistrats militaires

Les auditorats, sont des organes de poursuite, qui instruisent des dossiers dans leurs offices et les fixent devant un tribunal. Ils ne rendent pas des jugements, mais ils peuvent prendre certaines mesures conservatoires comme, la mise en détention, la mise en liberté provisoire, etc.,

Comment sont saisies les juridictions militaires ?

◆ ***Les Auditorats militaires sont saisis par :***

- Plainte de la victime d'une infraction ;
- Dénonciation, de tout citoyen qui a connaissance de la commission d'un fait infractionnel par un militaire,
- Par le commandant de l'unité du militaire qui a commis l'infraction ;
- D'office, sur base des rumeurs de la commission d'une infraction non encore dénoncée, de la part de la mission traditionnelle du magistrat de rechercher les infractions et leurs auteurs

◆ ***Les cours et tribunaux militaires sont saisis par :***

- La décision de renvoi émanant de l'auditorat, qui demande que tel justiciable soit condamné pour les infractions qu'il a commises ;
- La tradition directe, pour un dossier qui était suffisamment instruit par un OPJ ou IPJ
- La comparution volontaire
- La saisine en cas de l'infraction de flagrance

CHAPITRE 2 : DROITS ET BESOINS DES VICTIMES /SURVIVANTS DES VIOLENCES SEXUELLES

2.1. INTRODUCTION

Dans l'exercice de leurs fonctions, les prestataires doivent se familiariser avec les réactions courantes au traumatisme afin d'établir le bilan des lésions émotionnelles et mettre en application les stratégies appropriées pour y faire face. Dans le même ordre d'idées, les prestataires devront maîtriser les droits et besoins des SVS pour en tenir compte dans la prise en charge de ces derniers.

C'est ainsi que ce chapitre fournit de façon détaillée des informations utiles sur les réactions courantes au traumatisme, les droits et les besoins des SVS.

2.2. OBJECTIFS DE FORMATION

2.2.1. Objectif spécifique

A la fin de ce chapitre, le participant doit être capable de d'expliquer les droits et besoins des survivants / victimes des violences sexuelles.

2.2.2. Objectifs opérationnels

Lorsqu'il sera appelé à expliquer les réactions courantes au traumatisme, les droits et besoins des survivants / victimes des violences sexuelles, le participant doit être capable de :

1) Identifier sur le plan physique et psychologique les réactions courantes des SVS face au traumatisme
2) Déterminer de façon appropriée les conseils d'aide à la victime face aux problèmes résultants de l'agression.
3) décrire sans ambigüité les droits universels des survivants / victimes
4) Identifier systématiquement p, lors de la prise en charge les besoins et aspirations des survivants / victimes :
    - Protection et sécurité
    - Intervention médicale
    - Confidentialité
    - Etre reconnu en tant que victime
    - Aide ponctuelle
    - Justice

2.3. RESSOURCES

2.3.1. Matériels didactiques

- Chevalet et Flip-charte / marqueurs
- Tableau noir et craies
- LCD, Rétroprojecteur
- Vidéo
- Modules de formation

- Présentation en Power Point
- Fiches d'exercices
- Fiches d'informations

2.3.2. Durée 45 minutes.

2.4. METHODES DE TRAVAIL

2.4.1. Activités du formateur

- Exposés participatifs
- Brainstorming
- Répartition des participants en groupes de travail
- Conduire les discussions en plénière
- Synthèse
- Evaluation

2.4.2. Activités de participants

- Répondre aux différentes questions
- Poser des questions de clarification
- Travail en groupe,
- Restitution en plénière
- Appropriation de la synthèse

2.5. CONTENU

SECTION 1 : REACTIONS DE LA SURVIVANTE ET SOUTIEN EMOTIONNEL APPROPRIE

L'évaluation de l'état émotionnel des SVS est une étape importante dans la prise en charge ; elle permet au prestataire d'établir le bilan des lésions émotionnelles et d'amorcer dès l'accueil, une démarche thérapeutique essentiellement basée sur une communication efficace !

1.1. REACTIONS INITIALES DE LA VICTIME ET LEUR EVOLUTION DANS LE TEMPS

Histoire illustrant les réactions :

Deux amies se promènent le long d'une rivière par une belle soirée fraîche de la saison sèche. Elles voient bien des choses et ressentent bien des sensations : l'odeur des arbres, la brise sur leur peau, le chant des cigales et l'eau qui clapote. Les filles commencent à rentrer dans l'eau. Elles sentent l'eau fraîche sur leurs jambes et la boue qui s'écrase entre leurs doigts de pied. L'une d'entre elles aperçoit du coin de l'œil quelque chose qui glisse à la surface de l'eau. Cela pourrait être un serpent ou un poisson qui nage à la surface ou même une feuille qui flotte sur l'eau. Mais si c'était bel et bien un serpent ! Aucune de ces deux

filles n'a jamais été mordue par un serpent. Jamais n'ont-elles eu une expérience aussi terrifiante avec un serpent. De fait, elles n'ont jamais vu de serpent.

Et pourtant, il s'agit bien d'un serpent.

La fille qui est la plus proche du serpent sort de l'eau en hurlant, hystérique, les pupilles dilatées, son cœur battant la chamade, elle file comme une flèche courant à toute allure jusqu'à la maison, ne se retournant pas une seule fois. Elle n'a jamais couru aussi vite de sa vie. L'autre fille la regarde, ébahie puis tourne les talons. Les deux filles regardent partout autour d'elles, sous les lits et dans les coins. Elles ramènent leurs jambes sous elles et s'assoient sur la table. Elles parlent en même temps et bredouillent de manière précipitée, c'est à ne rien y comprendre. Elles racontent l'histoire une, deux et trios fois avant que leur mère ne réalise ce qui s'est passé. Enfin, leurs cœurs reprennent un rythme un peu plus normal, elles commencent à pleurer et sont réconfortées par les autres dans le village.

Questions possibles :

1. Que ressentent ces filles ?
2. Il serait utile de comprendre ce qui se passe dans leur cerveau, au niveau le plus fondamental.
3. Que se serait-il passé si c'était un petit poisson et non pas un serpent qui a fait frémir l'eau ?

Notre cerveau intègre et analyse les différentes informations. Voyons ce qui s'est passé dans le cerveau de la fille : au moment où la fille voit le serpent, elle envoie un message à son cerveau.
Alors que le cerveau sent le danger, il ne prend aucun risque et met en route les mécanismes de survie, donnant ainsi l'impulsion au corps pour qu'il se mette à courir. C'est la réponse classique : DEFENDS-TOI OU SAUVE-TOI. Le corps se prépare soit à combattre, soit à fuir le danger. C'est ce qui est arrivé à la fille dans l'histoire.

Le cerveau est tellement élaboré qu'avant même que la fille sait qu'elle est en danger, son corps répond déjà.

Si le cerveau de la fille avait décidé que c'était un poisson dans l'eau, il aurait envoyé un message disant « Pas de danger !! C'est simplement un poisson ! » La fille aurait eu un peu peur pour commencer puis elle aurait été soulagée, disant « Ce n'est qu'un poisson ! »

Le cerveau de cette jeune fille a changé. Son cerveau, à présent, est programmé pour déclencher une réaction de panique chaque fois qu'il se rappelle le moment où elle s'est tellement rapprochée du serpent. Chaque fois qu'elle voit quelque chose qui lui rappelle sa terrible expérience avec le serpent, le cerveau pousse immédiatement le corps à l'action et elle connaît la gamme entière de la réponse lutte ou fuis. Après plusieurs mois, la jeune fille se sent en sécurité, elle est préparée et elle n'a plus peur d'entrer dans l'eau.

Généralement, les sentiments qui accompagnent un traumatisme s'estompent avec le temps, mais chaque personne a une réponse différente et il existe d'autres facteurs qui influenceront la durée pendant laquelle un survivant connaîtra des réponses de stress. Quand les symptômes durent moins de trois mois, nous disons que le survivant a un « trouble de stress aigu. » Quand les symptômes durent plus de trois mois, nous disons que le survivant a un « trouble de stress post-traumatisant. »

Comment évaluer et répondre aux besoins émotionnels de la victime de violence sexuelle ?

1.2. FAIRE FACE ET REAGIR

Un grand nombre de chercheurs dans le monde entier ont travaillé pour nous aider, nous, le personnel soignant, les conseillers et les membres de la communauté à aider les survivants d'un traumatisme à regagner un sentiment de sécurité. Quand des communautés entières connaissent un traumatisme, il existe certains principes fondamentaux que nous pouvons suivre pour les aider à se remettre de leur choc émotionnel.

Points saillants de l'aide aux VVS/SVS

- L'aide doit être disponible dès que le survivant peut traduire en mots ce qui lui est arrivé pour une autre personne ou si un témoin a observé l'attaque chez un autre.
- L'aide doit être donnée sous forme de soutien social sans condition et sans jugement.
- L'aide doit prendre la forme de la sécurité, tant physique que l'espace émotionnel.
- L'aide doit se concentrer sur les survivants immédiats et les membres de la famille, les amis ou les témoins de l'attaque.
- Le personnel soignant ou les conseillers doivent bien connaître les besoins locaux, culturels et situationnels de toute intervention pour assumer un rôle efficace[3].

1.3. REACTIONS COURANTES AUX TRAUMATISMES : REACTIONS PHYSIQUES CHEZ L`ADULTE

- Nausée, indigestion, estomac retourné
- Rougeurs au visage/bouffées de chaleur, palpitations/battements rapides du cœur, paumes moites, bouche sèche
- Transpiration, frissons, sentiment de froid
- Souffle court/souffle coupé, pression et/ou sensation de resserrement dans la poitrine
- Engourdissement et picotements dans les bras/jambes, muscles serrés, douleurs (gorge, mâchoire), vision floue, épuisement, fatigue

[3] Adapté de "Psychopathology of Disasters," Prof. Juan J. Lopez-Ibor, MD, PhD. XII World Psychiatric Congress, août 2002, Exposé 1en plénière.

Autres réactions physiques

Le manque de sommeil ou un sommeil agité est l'une des nombreuses réactions physiques que vous indiqueront les survivants de la violence sexuelle. Vous constaterez d'autres réactions physiques :

- Un grand nombre de survivants décrivent un sentiment général de douleur dans tout leur corps.
- D'autres indiqueront des douleurs dans certaines parties du corps qui ont subi l'attaque. Ceux qui ont été forcés d'avoir des relations sexuelles par voie orale auront des douleurs dans la bouche ou la gorge. Celles qui ont été forcées d'avoir des relations par voie vaginale se plaindront de pertes vaginales, de démangeaisons et de sensation de brûlure à la miction ou douleur généralisée. Ceux qui ont été forcés d'avoir des relations sexuelles par voie anale indiqueront probablement des douleurs ou des saignements rectaux. D'autres auront des douleurs à tel et tel endroit, même s'il n'existe pas de lésions. Cela ne veut pas dire que la douleur n'est pas « réelle » mais il peut s'agir d'une réaction psychologique. En traitant leur traumatisme, on aidera à traiter leur douleur.
- Certains survivants signaleront qu'ils ont moins d'appétit, des douleurs à l'estomac ou des nausées en se rappelant l'attaque.

1.4. EXEMPLES DES DECLARATIONS, LEURS SIGNIFICATIONS EMOTIONNELLES ET CONSEILS A APPORTER

1. Déclaration : « J'ai constamment les nerfs à vif. Un bruit soudain, une voix un peu élevée, des buissons qui bougent et je suis morte de peur. »

Réaction émotionnelle : PEUR

Lors de l'attaque, un grand nombre de victimes craignent pour leur vie. Souvent, la peur est le résultat direct de la menace de l'attaquant. Après l'attaque, un survivant peut avoir peur du noir, d'être seul ou de sortir de chez lui tout seul ou toute seule. Une survivante risque également d'avoir peur d'être enceinte ou d'avoir contracté une infection sexuellement transmissible (IST) ou de rencontrer à nouveau celui qui l'a attaquée.

Toutes ces peurs sont tout à fait réelles et l'agent de santé devrait vérifier que les conditions matérielles de la vie de la victime sont telles qu'elle puisse être autant en sécurité que possible. Dans tous les cas, l'agent de santé considérera que la crainte des survivants est légitime et les aidera à se donner des stratégies pour leur redonner espoir peu à peu dans la vie de tous les jours.

2. Déclaration : « Je me sens tellement tendu. J'ai les nerfs détraqués. »

Réaction émotionnelle : ANGOISSE

Les survivants de l'agression sexuelle souffrent souvent d'une terrible angoisse qui se traduit par des symptômes physiques tels que des difficultés à respirer, une tension

musculaire, la nausée, des crampes d'estomac ou des maux de tête. Ces symptômes seront atténués quand les victimes feront face, peu à peu, aux causes du stress et utiliseront les stratégies pertinentes de prise en charge du stress.

Stratégies de prise en charge du stress

Les dirigeants communautaires, les aînés, les membres de la famille, les amis et les groupements féminins peuvent tous aider les survivants à surmonter le stress. Voici diverses stratégies pour faire face au stress :

- Encourager les survivants à parler de leur attaque dans un endroit sûr où ils savent que les autres garderont confidentielle l'information qu'ils partagent ;
- Encourager les survivants à se réunir en groupe pour partager leur expérience et à indiquer entre eux comment ils ont surmonté leur expérience
- Se rendre auprès de guérisseurs traditionnels
- Prier ou réaliser d'autres rites qui rassurent et apaisent
- Un grand nombre de traditions africaines pratiquent l'utilisation coordonnée de la respiration et le rythme pour se relaxer et méditer. Le personnel soignant ou les conseillers devraient encourager les survivants à utiliser les techniques de relaxation adaptées à la culture chaque fois que c'est possible.

3. Déclaration : « J'ai envie de le tuer ; je le hais, je hais tout et tout le monde. »

Réaction émotionnelle : COLERE/HOSTILITE

La colère est une émotion difficile pour la plupart des personnes. Dans bien des cultures, on empêche les femmes et les enfants d'exprimer leur colère et celle-ci est souvent détournée vers quelqu'un d'autre que la cible appropriée. La colère du survivant à l'égard de celui qui l'a attaqué se justifie davantage. Parfois, les victimes sont également en colère face à la réponse qu'ils reçoivent d'autres à qui ils se sont ouverts**. En tant que conseiller, vous devez savoir que vous aussi, vous pouvez être la cible de cette colère et vous devez aider le survivant à trouver des manières d'exprimer en toute sécurité et sans risque sa colère.** Toutefois, reconnaissons qu'au vu de ce qu'elle a traversé, la victime a des réactions tout à fait justifiées et souvent, ces sentiments d'hostilité sont le début d'une émotion naturelle et positive plutôt que négative.

Ces sentiments montrent que le survivant commence à voir le monde et lui-même d'une manière différente. Cela indique également que le survivant ne se culpabilise pas lui-même ou elle-même pour ce qui est arrivé mais reconnaît que c'est l'assaillant qui est responsable. Il est de toute première importance de faire son possible pour arriver au moment où le survivant est en mesure de voir le rôle joué par la société qui a créé tant l'assaillant que les conditions dans lesquelles s'est déroulé le viol. Là aussi, votre but en tant que conseiller ou prestataire de soins est d'aider le survivant à trouver des manières positives et sûres d'exprimer sa colère et son hostilité et de les traduire en énergie qui alimentera un changement personnel et social durable.

4. Déclaration : « Je ne peux en parler à personne. Mon mari va demander le divorce s'il s'en rend compte et ma famille me prendra mes enfants. »

Réaction émotionnelle : Aliénation mentale/ isolement / distanciation

Souvent, les survivants d'une agression sexuelle se sentent distants surtout s'ils sont incapables de partager leur expérience avec d'autres. Ils évitent de parler de leur expérience car il est très douloureux de se rappeler cette violence, ils craignent que les autres ne sachent pas les comprendre et ils ont peur d'être rejetés par les amis ou la famille. Et pourtant, de nombreux survivants n'oublient pas leurs expériences et celles-ci reviennent sous forme de cauchemars et de flash-back ou retours en arrière. Le fait de ne pas parler de la violence qu'ils ont subie, mais de la revivre en cauchemars et flash-back se traduit par un état de crainte sans mots qui empêche les survivants de guérir.

En tant que conseiller, vous êtes une « personne sûre » à laquelle les survivants peuvent faire des confidences. Assurez-leur ce caractère confidentiel et orientez ces survivants vers des groupes de soutien et autres endroits où ils peuvent sans aucun risque partager ce qui leur est arrivé et commencer à récupérer.

Il est extrêmement important pour un survivant d'avoir l'occasion de partager ce qu'il a traversé. Il est également très important pour les survivants de comprendre qu'ils ne sont pas seuls, qu'ils n'ont pas perdu la tête et qu'ils peuvent obtenir de l'aide. En demandant un survivant de partager ce qui lui est arrivé et en l'aidant à être suffisamment à l'aise pour le faire est une première étape d'importance critique tout au long de la guérison et de la récupération. Si l'on aide un survivant à partager son histoire avec des personnes qui sont empathiques et respectueuses, on lui redonne sa dignité et on l'aide à panser ses plaies émotionnelles.

5. Déclaration :< je me sens tellement impuissant. Est-ce que je vais arriver à reprendre le contrôle ?>

Réaction émotionnelle : IMPUISSANCE/PERTE DE CONTROLE

Toutes les formes de violence sexuelle signifient que le survivant a perdu le contrôle sur son corps pendant l'attaque et il est donc essentiel que le conseiller ou le prestataire de soin aide le survivant à reprendre les rênes en mains. En expliquant les divers choix et en respectant les diverses décisions prises par le survivant, un conseiller peut l'aider à retrouver un sens de contrôle sur sa vie.

6. Déclaration : < Je me sens engourdi. Pourquoi est-ce que je suis tellement calme ?>

Réaction émotionnelle : Léthargie/hébétude/engourdissement

Après le viol, un grand nombre de victimes traversent **une période de vide émotionnel** qui est une réponse au choc. Ceux autour de la victime souvent, comprennent mal cette réponse. Par exemple, pour eux cela veut dire que la victime a le contrôle de la situation ou qu'elle est relativement calme et qu'aucun mal ne lui est arrivé. Les gens peuvent même

penser que la victime n'a jamais été violée. Et pourtant, cet état de léthargie n'est pas une réaction rare à un traumatisme grave. Il faut l'interpréter comme la première défense d'une victime contre l'horrible réalité de ce qui lui est arrivé.

7. Déclaration :< Je vais bien. Tout va bon. Je n'ai pas besoin d'aide.>

Réaction émotionnelle : REFUS/DENI

Suivant le premier choc de l'attaque, ou même des mois plus tard, les survivants peuvent se nier, à eux-mêmes et à d'autres, qu'ils ont été attaqués. Ils essayent d'ignorer ce qui est arrivé cherchant ainsi à regagner la stabilité. De plus, certains survivants pensent que si celui qui les a attaqués ne les a pas pénétrés, ils n'ont pas fait l'objet d'une attaque sexuelle ou alors, si l'assaillant n'a pas éjaculé, ce n'était pas tellement grave. Il faut se rappeler que l'agression sexuelle comprend toute une suite d'actes et que toutes les formes de harcèlement sexuel sont menaçantes et peuvent avoir des conséquences très graves pour le survivant.

8. Déclaration : « J'ai l'impression que j'ai fait quelque chose qui a provoqué ce qui est arrivé. Si seulement je n'avais pas… »

Réaction émotionnelle : CULPABILITE/REPROCHE

Les survivants de l'attaque sexuelle pensent souvent qu'ils auraient pu éviter ce qui leur arrivé s'ils avaient agi différemment. Ce type de réaction se rapporte de près aux mythes à propos de l'attaque sexuelle qui existent dans la communauté qui souvent, jette le blâme sur le survivant plutôt que sur celui qui a attaqué. Le comportement et les réactions des amis, de la famille, des voisins et de la police peuvent renforcer ce propre sentiment qu'a le survivant d'avoir provoqué ce qui est arrivé. La victime se sent également coupable parfois d'être la cause de cette honte pour sa famille si elle doit en parler et signaler l'incident à la police. De même, les victimes se reprochent parfois de n'avoir pas résisté davantage. Cela s'applique notamment à des adultes qui ont fait l'objet d'abus sexuel quand ils étaient enfants et qui ont tendance à se voir comme ils sont maintenant, comme des adultes et non pas comme ils étaient en tant qu'enfants.

En tant que conseillers et membres de la communauté, nous devons apporter une information qui démontre que les hommes, les femmes et les enfants ont fait l'objet d'une violence sexuelle dans des circonstances bien différentes. C'est toujours la faute de celui qui attaque, jamais celle du survivant. Il n'y a rien qu'un survivant aurait pu faire qui aurait provoqué cet acte de violence. Quelles que soient les circonstances, l'agent de santé doit insister sur le fait que ce n'est pas la faute de la victime et que c'est l'assaillant qui est entièrement responsable du crime qu'il a commis.

9. Déclaration : « Je me sens tellement sale, comme souillée, comme si quelque chose n'allait plus avec moi. Est-ce que cela se voit que j'ai été violée ? Que vont penser les gens ? »

Réaction émotionnelle : GENE/HONTE

Un grand nombre de personnes qui ont fait l'objet d'une attaque sexuelle se sentent extrêmement honteuses et embarrassées. Souvent, elles se sentent sales, comme si elles « avaient été marquées pour la vie. » Cette réaction empêche souvent les victimes de parler de l'attaque. Certains facteurs culturels viennent encore renforcer un tel sentiment. Ces réactions incitent souvent les survivants du viol à croire dans les mythes se rapportant à l'attaque sexuelle. Il faudra aider les survivants à faire la part des choses et à explorer leurs croyances pour qu'ils puissent jeter le blâme sur celui qui les a attaqués.

10. Déclaration : « J'ai l'impression que je ne peux plus rien faire…pas même les choses les plus simples. »

Réaction émotionnelle : PERTE DE CONFIANCE

L'expérience d'une attaque expose la victime à la dure réalité : à savoir qu'elle a été dans l'incapacité de se protéger, même si elle a essayé de toutes ses forces. L'attaque n'est pas seulement une invasion de l'être physique, mais également de l'être intellectuel, social et émotionnel.

L'expérience apporte à la surface de nombreuses questions de vulnérabilité qui peuvent détruire la confiance et l'estime que l'on a de soi-même, ainsi que les idées que l'on se faisait du monde. Les conseillers ou agents de santé doivent faire leur possible pour aider les survivants à reconstruire un nouveau sentiment de confiance, reposant sur d'autres bases. Cette confiance peut reprendre lorsqu'on réalise que le fait même d'avoir survécu une telle attaque demande une force incroyable et une grande détermination.

11. Déclaration : « J'ai l'impression que je suis en train de perdre la tête ! »

Réaction émotionnelle : CHANGEMENTS D'HUMEUR

Après l'attaque, les émotions des survivants vont en dents de scie, passant d'une intense douleur émotionnelle à l'absence même de toute émotion. Ces victimes ne ressentent plus rien et se sentent déprimées, agitées ou à plat, désorientées ou très en colère. Se sentir ainsi à la merci des émotions qui vont tel un pendule vous donner l'impression d'être instable psychologiquement ou dément.

En tant que conseillers ou agents de santé, nous devons épauler les survivants en les avertissant de la possibilité de ces intenses changements d'humeur et en leur montrant que ce sont des réponses 'normales' et compréhensibles au traumatisme. Il faudra également rassurer la victime et lui indiquer qu'au fur et à mesure qu'on essaye de régler certains des problèmes liés à l'attaque, ces réactions finiront par disparaître.

12. Déclaration : « Je me dégoûte moi-même en pensant à ce qui est arrivé. Je ne vaux plus rien. »

Réaction émotionnelle : PERTE D'ESTIME DE SOI-MEME

L'attaque sexuelle humilie et dévalorise les survivants. Aussi, n'est-il guère surprenant que ces derniers aient souvent une faible estime d'eux-mêmes. Il est de toute première importance que nous qui sommes chargés de les aider, nous attirions l'attention sur les aspects positifs du caractère du survivant, les stratégies pour surmonter l'épreuve et les accomplissements personnels.

13. Déclaration : « Comment est-ce que je vais continuer ? Je me sens tellement fatiguée, lasse et désespérée »

Réaction émotionnelle : DEPRESSION

Un grand nombre de survivants de la violence sexuelle traversent des périodes de dépression. Cela peut se traduire par la peur, la perte de la volonté de vivre, l'angoisse ou la haine de soi-même, l'engourdissement, la perte d'appétit, les problèmes pour dormir ou autres indications physiques d'un stress. En tant que conseiller ou agent de santé, vous devez aider la personne à exprimer son chagrin et sa colère réprimée : colère envers celui qui l'a attaquée, colère face à l'injustice de l'attaque et souvent, colère face à l'injustice de la réaction communautaire.

Le fait d'exprimer son chagrin et de réorienter la colère donnera au survivant le pouvoir de reprendre sa vie en mains.

14. Déclaration : « Je pense sans cesse à l'attaque. J'ai des cauchemars quand je dors et quand je suis réveillé. »

Réaction émotionnelle : FLASH-BACK ET CAUCHEMARS
Flash-back :

Le souvenir de l'attaque revient souvent, sans avertissement. Parfois, ces flash-back sont tellement forts que la victime a l'impression qu'elle revit l'expérience. Vous devez expliquer au survivant qu'il a un flash-back car il ne réalise peut-être pas ce qui lui arrive. Dites-lui que les flash-back ne sont pas le résultat d'un problème psychologique irréversible ou une indication de démence. Ils représentent la réponse à un traumatisme et, tout comme les cauchemars, finiront par disparaître au fur et à mesure que la victime se remet. Si un survivant a un flash-back pendant qu'il se trouve avec vous, aidez-le à reprendre contrôle. Dites-lui de respirer profondément. Il faut lui dire qu'il est uniquement en train de se rappeler l'attaque mais qu'il ne la revit pas. Dites-lui de regarder autour de lui pour bien réaliser où elle se trouve. Répétez-lui à maintes reprises qu'il est dans un endroit où rien ne peut lui arriver et que personne ne lui fera mal.

Cauchemars :

Les survivants d'attaques sexuelles passent bien des nuits sans dormir et/ou avec des cauchemars. Le cauchemar leur fait revivre l'attaque et montre que certaines questions à ce propos n'ont pas été résolues. C'est le rôle du conseiller ou du personnel de santé de soutenir la victime pour qu'elle puisse surmonter les cauchemars. Il est important de lui montrer qu'au fur et à mesure qu'on progresse dans la guérison, les cauchemars ou les nuits sans dormir deviendront de moins en moins fréquents.

Stratégies pour les survivants qui ont des flash-back/cauchemars :

1) Encouragez les survivants à parler de leurs cauchemars/flash-back. Demandez aux survivants de raconter leurs cauchemars pour les aider à comprendre s'ils sont un symptôme du stress qu'ils traversent et pour qu'ils se sentent davantage maîtres de la situation.

2) Rassurez et montrez-vous empathique, que vous comprenez les émotions du survivant : cela montrera à la victime combien il est important de partager ses cauchemars et l'aidera à comprendre les émotions que suscite le cauchemar. Si on lui demande, dans un contexte constructif, de raconter les flash-back/cauchemars et leur contenu bouleversant, on rassurera le survivant et on lui montrera qu'il peut partager son expérience sans crainte d'être rejeté ou stigmatisé.

3) Pour les survivants qui n'arrivent pas à formuler avec des mots leurs cauchemars ou des enfants qui hésitent à parler, on les encouragera à dessiner des images de leurs flash-back/cauchemars. Si c'est possible, on organisera un groupe de soutien avec d'autres survivants et le groupe pourra faire un dessin sur le mur ou une couverture en patchwork qui raconte l'histoire de survies collectives. Les dessins muraux et les couvertures confèrent un sentiment de communauté et de sécurité. Par ailleurs, des projets collectifs sont moins menaçants pour certains survivants que le fait de raconter leur histoire individuelle.

1.5. REACTIONS COURANTES AU TRAUMATISME CHEZ LES ENFANTS.

1°Incontinence nocturne/mouiller son lit

Tous les enfants mouillent leur lit de temps en temps lorsqu'ils sont malades, stressés ou angoissés. Les enfants qui sont des victimes d'abus sexuels mouilleront leur lit chaque nuit et parfois plus d'une fois par nuit. L'incontinence nocturne est reliée à certains sentiments et elle est causée par des cauchemars. Une peur intense peut faire perdre le contrôle de la vessie et sert à éveiller un enfant d'un terrible rêve.

L'incontinence nocturne est également due à un sentiment d'impuissance chez l'enfant qui a perdu le contrôle de son corps parce qu'il a été utilisé par quelqu'un de plus puissant que lui.

2°Cauchemars

Tous les enfants font des cauchemars de temps à autres, mais les enfants qui sont des victimes d'abus sexuels ont souvent des cauchemars chaque nuit, parfois plus d'une fois. Ce sont les mêmes rêves qui reviennent et qui n'en sont que d'autant plus effrayants

puisqu'ils savent déjà ce qu'ils racontent. Ces cauchemars font que l'enfant est parfois terrifié de l'obscurité, d'où des comportements difficiles. Leurs rêves expriment leur peur et leur sentiment de perte de contrôle. En leur demandant de raconter leurs rêves, vous les aiderez à parler de ce qui est arrivé.

3°Douleurs persistantes

Beaucoup d'enfants ont des douleurs et sont endoloris sans qu'il y ait de cause physique. Cela aura souvent rapport à certains aspects de l'attaque. Parfois, si un enfant a connu une douleur physique pendant l'attaque, son corps se rappellera cette douleur. Par exemple, un enfant qui a été attaché aura des picotements dans les mains ; une fillette aura de vives douleurs à l'estomac après une pénétration vaginale. Tel autre garçon aura de terribles maux de tête parce qu'il pense qu'il ne peut pas sortir l'assaillant de sa tête. Les enfants pensent parfois que quelque chose est rompu à l'intérieur de leur corps. Une douleur persistante est également une manière pour un enfant d'obtenir la dose supplémentaire d'amour et d'attention dont ils ont besoin à ce moment-là. Parfois, les émotions se manifestent physiquement chez les enfants car ils n'ont pas la capacité de les traduire en mots.

4°Attachement

Des enfants qui étaient indépendants auparavant s'accrochent souvent à leurs parents après avoir été les victimes d'une violence sexuelle. Ils communiquent ainsi un réel besoin d'être rassurés qu'on les aime et qu'ils sont hors de danger. Les enfants cherchent ainsi à se redonner un sentiment de sécurité et de confiance par l'entremise de leur relation avec des adultes proches. Ils essayent de se redonner un sentiment de contact physique positif en demandant de l'affection et de câlins et étreintes. En bref, ils essayent de panser leurs plaies. Ces demandes physiques et verbales constantes sont parfois difficiles pour les parents mais on peut les modifier en voyant exactement ce dont l'enfant a besoin et en mettant des limites sur la manière ou le moment d'y répondre. On peut réduire cette dépendance de l'enfant en parlant de ses peurs.

5°Agression

L'agression chez les enfants après une violence sexuelle tend à être reliée à la peur et à la colère. C'est une communication directe qui dit « Plus jamais, on ne me fera mal. » La colère est une réponse saine et une partie nécessaire de la récupération après un traumatisme. Il faut l'exprimer de manière sûre et constructive en mettant des limites bien strictes pour éviter que l'enfant ne se fasse mal à lui-même ou à d'autres. A cette fin, la colère doit être reconnue, tant par l'enfant que par l'adulte. Un enfant a besoin de possibilités de libérer sa colère. Si pour une raison ou pour une autre, il ne peut pas la libérer, cette colère se traduira sous la forme d'agression. Ainsi, l'enfant s'enfonce encore plus dans des problèmes puisque cette agression empêche les autres gens de voir ou de comprendre les besoins de l'enfant.

L'agression vient également de la peur. C'est un besoin de se protéger contre d'autres actes de violence. On la note chez des garçons qui pensent qu'ils ont été faibles parce qu'ils n'ont pas su lutter contre l'assaillant. Parfois, ils se sentent plus forts en étant violents à l'égard d'autres enfants ou d'animaux.

En étant agressif, l'enfant se punit lui-même et confirme sa faible estime de soi-même puisqu'il n'a pas d'amis et se trouve constamment dans des situations à problèmes.

6°Comportement sexualisé

Les enfants qui ont été les victimes d'abus sexuels perdent le sentiment de ce qui est bon et mal. Ce qu'ils avaient appris auparavant quant à leur corps et à l'activité sexuelle n'est plus valide. Par exemple, si on a montré à un enfant comment allumer un feu, il est fort probable que l'enfant essayera de refaire ce qu'il a vu. Quand un enfant est violé par quelqu'un dans la famille, il risque de penser qu'il recevra plus d'attention s'il est sexuel avec une autre personne. Si les enfants ont des sentiments sexuels, chose courante chez des enfants qui ont été abusés sexuellement, ils essayeront probablement de recréer ces réactions. Probablement qu'ils commenceront à faire des avances sexuelles à d'autres enfants pour comprendre ce qui leur est arrivé et pour que cela ait un sens. Les problèmes dans lesquels ils se mettent ainsi suite à ce comportement leur confirment ensuite l'opinion qu'ils ont d'eux-mêmes, à savoir qu'ils sont sales et mauvais.

7°Détonateurs/déclencheurs et récupération

Là aussi, toute personne qui a souffert d'un traumatisme réagira lorsqu'on lui rappelle cet événement. Les choses qui nous font rappeler sont appelées des 'détonateurs', ce qui déclenche et qui entraîne des sentiments analogues à ceux connus lors du traumatisme. Très souvent, la mère ou autre personne qui s'occupe de l'enfant ne connaît pas ces éléments déclenchant car ils se rapportent à un aspect de l'attaque que la mère ne connaît pas forcément. Il peut s'agir de l'odeur de l'huile du moteur pour une fille attaquée par mécanicien ; la sensation d'une barbe ; les bruits d'une forêt ; quelque chose qui ressemble à l'attaquant ; une chanson ou un jeu. Certains détonateurs sont évidents, d'autres le sont nettement moins. Souvent, ce sont des événements bouleversants et pourtant sans aucune connexion qui sont de tels détonateurs car ces événements déclenchent, chez l'enfant, ce sentiment d'impuissance.

Face à ces éléments déclenchant, le comportement de l'enfant tend à refléter le fait qu'il traverse des sentiments analogues à ceux qu'ils éprouvaient lors de l'attaque. On encouragera la mère et toute autre personne qui s'occupe de l'enfant à discuter avec celui-ci des éléments qui déclenchent ces sensations, de sorte à être conscient des situations où ils peuvent survenir.

Les comportements que manifeste l'enfant après l'attaque sexuelle tendent à disparaître avec le temps alors que l'enfant reprend un sentiment de sécurité et de contrôle de soi-même. Lorsqu'on explore les sentiments qui animent le comportement, ceux-ci perdent de leur puissance et le comportement devient davantage gérable. Il est important de faire le

rapprochement entre le sentiment et le comportement puisque cela vous permet de comprendre ce qui se passe.

Les enfants se remettent de l'attaque sexuelle. Ils n'ont d'ailleurs guère le choix, il leur faut aller de l'avant. C'est le caractère secret, le fait de vouloir dissimuler les choses, la crainte et le refus d'admettre les sentiments qui sont la cause, souvent, des conséquences à long terme de l'attaque sexuelle. Plus vous serez ouvert et honnête à propos de ce qui s'est passé, plus il sera facile pour les enfants de faire la même chose et plus vite ils s'en remettront.

1.6. COMMENT L'ENFANT REAGIT-IL A UNE TELLE DOULEUR ?

L'enfant doit développer des mécanismes de défense psychologique pour survivre. En effet, ces mécanismes de défense les aident à survivre pendant les abus et à maintenir un équilibre entre ce qu'ils ressentent, la douleur emmagasinée qu'ils expriment et le fait de devoir continuer à vivre l'existence quotidienne. Les trois grandes défenses utilisées couramment sont les suivantes :

- Suppression de mémoire
- Dissociation et
- Déni/négation

1°La suppression de la mémoire

Est l'oubli à dessein d'un stress émotionnel insurmontable connu lors de l'attaque. Cela permet de tenir la douleur éloignée de la conscience quotidienne.

2°La dissociation

Est une manière dont certains enfants survivent à l'abus en s'échappant mentalement pendant que l'abus survient. Le corps et l'esprit semblent se séparer. C'est comme « quitter » le corps et flotter dans les airs au-dessus du lit quand l'abus est commis. L'enfant ne ressent rien. Ainsi, même s'il se rappelle certains aspects de l'abus, il aura l'impression que c'est arrivé à quelqu'un d'autre.

3°Le déni

Défend un survivant mentalement contre la douleur de l'abus, soit parce qu'il refuse de voir la réalité (cela n'est pas arrivé), soit parce qu'il minimise la douleur de l'abus (ce n'était pas tellement grave). Le déni ou la négation de la réalité est renforcé par le caractère secret qui entoure la violence sexuelle à l'égard des enfants. Il pousse le survivant à garder ce souvenir comme un secret qui lui appartient.

Ces défenses affaiblissent nettement la capacité d'un enfant de vivre une vie complète et heureuse. En effet, il faut une quantité incroyable d'énergie pour maintenir les défenses et contenir ou endiguer des émotions aussi primaires. Maintenir un tel équilibre, c'est ce qu'on appelle une VIE DE SURVIE et tout ce qui risque de faire basculer d'un côté ou de l'autre la balance de cette lutte interne est vu comme extrêmement menaçante et inquiétant.

La tragédie de l'abus sexuel signifie que les enfants ont beau chercher à effacer la mémoire de cette violence, les sentiments qui sont associés ne sont pas oubliés aisément. Avant que les enfants ne puissent continuer leur existence, ils doivent rationaliser ce qui leur est arrivé : ils doivent le comprendre. Si leurs sentiments ne sont pas étudiés et examinés, alors l'enfant verra l'attaque comme quelque chose qui est de sa faute, qu'il a provoqué et qui est arrivé parce qu'il est mauvais. A long terme, cela empire les choses.

Pendant les séances de conseil, il arrive parfois que l'enfant semble encore plus abattu parce qu'on est en train d'explorer des sentiments difficiles. Mais il faut passer par-là car, sinon, les sentiments seront ignorés ou réprimés et ils referont surface des années plus tard. Cela peut créer de graves problèmes de relation avec soi-même et d'autres personnes.

La seule manière dont les enfants peuvent aller de l'avant et oublier l'attaque, c'est quand ils arrivent à gérer ou résoudre les sentiments associés à leur traumatisme. Ils doivent arriver à comprendre pourquoi c'est arrivé et pourquoi ça leur est arrivé à eux. Les enfants doivent également savoir que tous les sentiments qu'ils éprouvent sont normaux.

Enfants qui ont survécu à un traumatisme : Un guide pour les soins

Age	**Signes de traumatisme**	**Outils pour rassurer**
Bébé/jeune enfant (0-5 ans)	• Pleure de plus en plus • A toujours peur/est triste • S'accroche à sa mère • Fait des cauchemars/ne dort pas • Hyperactif/inactif • Ne grandit pas	• Etreindre/tenir l'enfant fréquemment et le rassurer souvent • L'encourager à faire des dessins et à parler de ce qui s'est passé • L'aider à s'exprimer en jouant
Enfant (6 - 12 ans)	• Pleure de plus en plus • A toujours peur/est triste • Jeux agressifs ou sexuels (joue au soldat et attaque un autre enfant) • A peur de dormir dans le noir • Mouille le lit • Refuse de parler ou de manger • Se comporte comme un bébé • Se plaint de maux de tête/de maux d'estomac	• Etreindre/tenir l'enfant fréquemment et le rassurer souvent • L'encourager à faire des dessins et à parler de ce qui s'est passé • L'aider à parler de ses cauchemars/ flash-back • Ne pas gronder s'il mouille le lit, mais expliquer à l'enfant pourquoi cela risque d'arriver et que, s'il continue à parler de ce qui s'est passé et quand il se sentira plus en sécurité, cela s'arrêtera probablement.

Age	Signes de traumatisme	Outils pour rassurer
Adolescent (13–19 ans)	• Ne veut pas parler des sentiments • Se sent mal de survivre quand d'autres meurent • Se sent mal de ne pas pouvoir aider d'autres • Planifie revanche • Cauchemars • Dépression • Pleure/est préoccupé • Refuse de manger	• L'écouter et bien lui dire que vous avez le temps de l'écouter • L'aider à parler des cauchemars et des flash-back • L'encourager à faire des dessins des sentiments et des craintes • Lui enseigner des stratégies sur la manière de se détendre (ajouter les stratégies ici)

SECTION 2 : DROITS DES SURVIVANTS /VICTIMES DES VIOLENCES SEXUELLES

LES DROITS DES SURVIVANTS DES VIOLENCES SEXUELLES DOIVENT ÊTRE GARANTIS SANS DISCRIMINATION ET EN TOUTE CIRCONSTANCE. ILS DÉCOULENT DES DROITS UNIVERSELS HUMAINS NOTAMMENT :

- "Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits" (Déclaration Universelle des Droits de l'Homme)
- Les droits de l'homme sont universels, inaliénables, indivisibles, liés et interdépendants.
- Tous les êtres humains ont les mêmes droits et libertés, sans distinction quels que soient leur race, sexe, religion, opinion politique, etc.

La prévention et la réponse à la violence basée sur le genre doivent garantir le respect des droits :

- **Droit à la non-discrimination :** les lois, les politiques et les procédures liées aux services ne doivent pas discriminer une personne victime de viol du fait de sa race, de son sexe de sa couleur, des ses origines sociales ou de sa nationalité. les prestataires ne doivent pas par exemple refuser d'aider les SVS appartenant à un groupe ethnique quelconque.

- **Droit à l'auto-détermination :** les prestataires ne doivent pas forcer ni pousser les victimes à subir un examen ou faire l'objet d'un traitement contre leur gré. le fait de recevoir une assistance médicale et un traitement est un choix personnel qui ne peut être décidé que par la victime.

- **Droit à la santé :** les victimes de viol et d'autres formes des violences sexuelles ont le droit de recevoir des services de santé de bonne qualité, y compris des services de santé reproductive pour gérer les conséquences physiques et psychologiques de la violence sexuelle.

- **Droit à l'information :** chaque patient doit être informé personnellement. Par exemple, si une femme est enceinte suite à un viol, le prestataire de soins doit discuter avec elle de toutes les options légales dont elle dispose
.
- **Droit à la dignité humaine :** les victimes de viol doivent recevoir un traitement conforme à la dignité et au respect de celles –ci sont en droit de recevoir en tant que êtres humains. Dans le cadre des services de santé, ce droit à la dignité se traduit au minimum par un respect de l'intimité du patient et de la confidentialité des informations médicales et de l'obtention de leur accord avant toute intervention.

- **Droit au respect de la vie privée:** un environnement propice au respect de l'intimité de la victime doit être mis en place. Outre la personne accompagnant la victime à sa demande, seules les personnes nécessaires pour la prise en charge qui doivent être présentes.
- **Droit à la confidentialité :** Toutes les informations médicales et sur l'état de santé des victimes doivent être gardées confidentielles et ne doivent pas non plus être divulguées aux membres de leur famille. Le personnel de santé peut divulguer les informations sur la santé de la victime uniquement aux personnes devant être impliquées dans l'examen et le traitement médical ou bien avec l'accord explicite de la victime.

N.B. En cas d'inculpation par la police ou d'autres autorités, les informations pertinentes de l'examen devront être transmises (selon la réquisition)

- **Droit à l intégrité physique :** tout individu doit disposer de l'intégrité de son corps pour son bien-être.

  Droit à la protection de la vie privée : toute survivante a droit a la protection de sa vie privée**.** La vie privée d'une survivante doit être protégée par l'utilisation d'une pièce séparée et fermée pour que les conversations soient entendues uniquement par le personnel médical.lle ne doit pas avoir à passer de salle en salle dans le centre de santé. Elle ne doit avoir à communiquer qu'avec les employés du centre de santé prenant directement soin d'elle.

Violence basée sur le genre et Droits de l'Homme

- La violence basée sur le genre enfreint plusieurs principes des droits humains
- La vie, la liberté et la sécurité de la personne
- La liberté de ne pas subir une punition ou un traitement dégradant, inhumain, cruel ou des tortures
- La liberté de mouvement, d'opinion, d'expression et d'association
- Le droit de se marier libre et pleinement consentant, l'égalité des droits lors du mariage et lors de sa dissolution
- L'équité, dont une protection égale face à la loi, même en période de guerre
- La dignité humaine et l'intégrité physique
- Être libre de toutes formes de discrimination
- L'égalité dans la famille
- Le plus haut niveau de santé physique et mentale

SECTION 3 : BESOINS ET ASPIRATIONS DES SURVIVANTS/VICTIMES DES VIOLENCES SEXUELLES

Le Viol est un acte inattendu qui s'adresse à la vie intime de la survivante. L'agression sexuelle comprend toute une succession d'actes qui provoquent des problèmes complexes entrainant des perturbations physiques, socioculturelles, voire économiques. Elle bascule la vie de la victime qui se retrouve subitement dans un état de vulnérabilité engendrant certains besoins auxquels il faut apporter satisfaction.

LES BESOINS FREQUEMMENT EXPRIMES SONT

1°Besoin de protection et de sécurité

Contre les représailles, les récidives, les menaces et le harcèlement de l'agresseur, Les survivants veulent se sentir en sécurité, que l'agresseur ne soit pas libre de ses mouvements, qu'il soit mis à l'écart, emprisonné ou placé sous surveillance. Certaines personnes veulent déménager afin de se sentir en sécurité.

2°Besoin d'intervention médicale

Les SVS ont besoin d'une PEC adéquate, professionnelle et urgente. Pour lésions corporelles douloureuses, blessures et fractures, risque de contamination par le VIH, Grossesse non désirée, ils ont besoin des informations sur la transmission de des IST/VIH SIDA, le dépistage volontaire et le traitement du VIH / SIDA ainsi que sur l'assistance psychologique en cas d'infection.

3°Besoin de confidentialité

Surtout si la réaction de l'entourage familial et de la communauté stigmatise la victime. Le non-respect de la confidentialité peut être à l'origine des graves problèmes et accentue les traumatismes de la victime.

Souvent, pour remédier à la stigmatisation et faciliter la réinsertion, les survivantes ont besoins de centres de femmes, foyers sociaux, centres de jeunesse, équipes des jeux, écoles, centres d'apprentissage, cercles culturels, abris sécurisants, églises, centre de récupération, structures d'assistance urgente et immédiate, structures de négociation et médiation. Besoin d'être reconnu entant que victime .Certaines victimes croient qu'elles sont responsables de l'agression. Il faut donc les déculpabiliser, leur dire que leurs réactions sont normales face à un évènement anormal, qu'elles pourront continuer à vivre malgré tout.

Elles sont nombreuses à craindre d'être blâmées, stigmatisées, rejetées par leurs familles, répudiées par leur conjoint. Elles doivent être mises dans un environnement calme et être réconfortées

4°Aide ponctuelle

Suite à une agression, les victimes ont souvent besoin d'aide pour résoudre les différents problèmes auxquelles elles sont confrontées. Elles ont besoin d'une référence et

d’un accompagnement vers les structures de prise en charge, un accompagnement lors des démarches juridiques, un déménagement, un soutien financier.

5°Besoin de soutien psychologique

Les victimes ont besoin du soutien de leur entourage, Elles éprouvent une détresse morale et ont besoin d’un appui psychosocial sous forme d’accompagnement.

6°Besoin de justice

Elles ont besoin d ‘être entendues, d’être prises au sérieux par les autres et par la justice, que le tort subi soit reconnu. Certaines veulent être informées sur la procédure judiciaire de dépôt de plainte contre les agresseurs et doivent être soutenues durant les étapes de cette procédure.

Les violences sexuelles perturbent la santé en général et la santé de la reproduction en particulier chez les victimes de toutes catégories (enfant, adolescente, femme adulte et homme). Il faudra tenir compte des besoins ainsi créés pour y apporter satisfaction et offrir des services appropriés.

CHAP. 3 : EXAMEN CLINIQUE ET PARA CLINIQUE DES SURVIVANTS/ VICTIMES DES VIOLENCES SEXUELLES

3.1. INTRODUCTION

Ce chapitre traite de la communication interpersonnelle entre le prestataire des soins médicaux et le SVS, au cours de laquelle ce dernier est accueilli, soutenu, examiné physiquement afin de déterminer les soins appropriés à lui prodiguer selon ses besoins.

L'examen clinique des victimes des violences sexuelles demeure un moment clé pour la victime et même pour le prestataire. Il permettra au prestataire, en toute empathie et lucidité, de recueillir toutes les informations nécessaires en rapport avec la situation, d'observer et décrire les lésions, d'identifier les risques et conséquences de l'agression sexuelle tout en déterminant les examens para cliniques à effectuer et en planifiant les soins nécessaires. Ce chapitre comprend

3.2. OBJECTIFS DE LA FORMATION

3.2.1. Objectif spécifique

A la fin de la formation le participant doit être capable de conduire l'examen clinique et para clinique des survivants des violences sexuelles.

3.2.2. Objectifs opérationnels

Lorsqu'il sera appelé à conduire l'examen clinique et para clinique des survivants des violences sexuelles, le participant doit être capable de :

- Décrire les principes directeurs de la PEC des SVS
- Déterminer la responsabilité du personnel non médical travaillant avec lui.
- Assurer les préalables pour les soins cliniques aux SVS
- Garantir l'accueil d'un (e) SVS
- Utiliser les techniques d'entretien appropriées pour parler aux SVS.
- Procéder à l'évaluation préliminaire et au consentement éclairé d'un (e) SVS.
- Recueillir l'anamnèse et récit des faits
- Procéder à l'examen physique et aux examens para cliniques
- Documenter les lésions
- Effectuer un examen neurologique.

3.3. METHODOLOGIE

- Exposés suivis de discussions
- Cas cliniques
- Brainstorming

- Jeu de rôle
- Travaux en groupe
- Travaux en plénière

Matériels didactiques

- Flip shart
- Tableau noir+ craies
- Marqueur
- Rétroprojecteur

3.4. DUREE : 2 Heures

3.5. CONTENU

SECTION 1 : PRINCIPES DIRECTEURS POUR LES PERSONNES TRAVAILLANT AVEC LES SURVIVANTS AUX VIOLENCES SEXUELLES

Les principes directeurs constituent la base et le cadre d'intervention dans le domaine des violences sexuelles. Ils sont inspirés des directives en vue d'intervention contre la violence basée sur le sexe dans les situations humanitaires du comité permanent inter organisations (Inter Agency Standing Committee). En effet, tout intervenant dans ce domaine est sensé les connaître, les maîtriser et les appliquer afin de prester conformément à la philosophie de l'Initiative Conjointe de lutte contre les violences sexuelles. Ces principes s'adressent non seulement aux victimes appelées dans ce contexte « les survivantes » mais également aux intervenants. Ces principes sont résumés en sept points qui prennent en compte des aspects relatifs à la sécurité physique des survivants et des intervenants, à la confidentialité, au respect de la dignité humaine, à la non discrimination, à la création d'un environnement favorable à l'échange, à la qualité et au type d'intervenants ainsi qu'à la conduite à tenir avec les victimes.

Sont survivants aux violences sexuelles : adultes hommes et femmes, enfants jeunes filles et garçons,

I.1. POUR LES VICTIMES

1° Assurer la sécurité physique des survivants et ceux qui les aident

Les personnes survivant aux violences sexuelles sont souvent exposées aux attaques répétées des mêmes auteurs. Elles font l'objet de rejet ou de violence par leurs familles et/ou communautés. Les survivants doivent être protégés contre la maltraitance ou l'exclusion sociale.

- Soyez conscients des risques réels encourus tant par les survivants aux violences sexuelles que par ceux qui les accompagnent. N'augmentez pas le niveau de risque qui pèse sur leur sécurité. La discrétion totale doit être de rigueur ;

- Avec les ressources mises à votre disposition, aidez-les à trouver un environnement sécurisé ;
- Expliquez clairement vos limites et vos capacités à sécuriser les survivants et les orienter vers d'autres services d'accompagnement appropriés disponibles.

2°Gardez la confidentialité des survivants

La confidentialité est un élément obligatoire pour assurer la sécurité et respecter la dignité humaine des survivants.

- Le survivant a le droit de garder le silence ; il a le droit de se confier à qui il veut ;
- Le survivant a droit à l'anonymat. Concervez un système codé garantissant la confidentialité (par exemple code, chiffres, etc.). Toute information en rapport avec le survivant doit être gardé dans un endroit sécurisé ;
- Aucune information concernant le survivant ne doit être divulguée avec qui que ce soit, même avec les membres de sa famille, sauf avec le consentement exprès de ce dernier (par exemple, un document signé) ou pour sauver une vie humaine (cas d'urgence) ;
- Le cas du survivant ne doit être discuté qu'avec lui-même ou des personnes directement impliquées dans son accompagnement ;
- Les photos, les vidéos et d'autres enregistrements audiovisuels peuvent facilement violer le principe de la confidentialité. Ils ne doivent être pris qu'avec le consentement exprès du survivant. On doit veiller à brouiller les images et la voix des survivants afin qu'ils ne soient pas facilement identifiables ;
- Pour des besoins de plaidoyer, utilisez des cas concrets (par exemple des témoignages), tout en prenant soin de ne pas dévoiler l'identité du survivant avec des détails clés (ex. son village natal, son âge, noms de sa famille, etc.)

3°Respecter la dignité humaine des survivants

- Respecter la dignité humaine du survivant, ses droits et choix en tant qu'être humain.
- Gardez à chaque moment une attitude de respect, de patience et de compassion envers le survivant ;
- Déclinez votre identité, expliquez votre rôle et vos objectifs vis-à-vis du survivant en prenant soin de lui expliquer également les contraintes et limites de l'appui attendu ;
- Evitez toutes les questions, commentaires, attitudes susceptibles de nuire, stigmatiser, exposer ou traumatiser à nouveau le survivant ;
- Rencontrez le survivant en privé, sauf si celui-ci demande expressément un accompagnateur de son choix. Si le survivant est mineur, il peut être accompagné d'un parent ou d'un tuteur de son choix ;
- Laissez au survivant l'initiative de raconter lui-même son histoire et à son propre rythme. Posez-lui des questions pertinentes, évitez-lui des redites ;
- Evitez de juger, de blâmer le survivant ou même de douter de son histoire ;
- Fournissez toujours au survivant des informations l'aidant à prendre des décisions informées. Le mineur doit être traité comme une personne à part entière. A ce titre,

son opinion doit être prise en compte. Il peut y associer un parent ou un tuteur de son choix. L'intérêt supérieur du survivant mineur doit l'emporter sur toute autre considération ;

- Le survivant doit être informé et conscient des implications de tout témoignage ou toute déclaration à la presse, aux autorités, etc. ;
- Les intérêts du survivant doivent l'emporter sur ceux d'un plaidoyer et/ou d'une promotion médiatique.

4°Dans la mesure du possible, s'assurer que les intervenants dans la prise en charge sont du même sexe que la victime.

- Essayer toujours de conduire les entretiens et les examens avec du personnel appartenant au même sexe que la victime.

5°Garantir la non discrimination dans l'assistance aux victimes

- Tout adulte ou enfant, quelque soit son sexe, doit recevoir des soins et un appui dans les mêmes conditions
- Les victimes doivent recevoir un traitement équitable et impartial, sans distinction de leur race, leur religion ou leur nationalité, etc.

I.2. POUR LES INTERVENANTS

1. S'assurer que l'intervenant n'a jamais été auteur, co-auteur ou complice d'une violence sexospécifiques (violences sexuelles, violence conjugale, etc.) ;
2. S'assurer que les intervenants témoignent d'un comportement constructif caractérisé par l'écoute active, l'objectivité, l'empathie et la patience
3. Sachez écouter, en conservant une attitude évitant tout jugement
4. Ne posez aux victimes que des questions pertinentes et abstenez-vous de tout signe de dérision ou d'irrespect vis-à-vis d'elles ou de leurs cultures, leurs familles ou leurs situations sociales

N'insistez pas pour obtenir davantage d'informations si la victime n'est pas prête à parler de tout ce qu'elle a vécu ***Responsabilités du personnel non médical travaillant avec le prestataire des soins*** **:**

Ce personnel est en contact avec les SVS et doit respecter les principes précités dans la limite de l'accomplissement de leurs tâches. Il ne doit pas usurper le rôle du prestataire, mais il doit accueillir et orienter le survivant de VS.

- Garantir et respecter le caractère confidentiel :
- Croire et valider l'expérience du survivant
- Orienter vers les services compétents
- Encourager l'accès aux services communautaires.
- Aider le survivant à assurer sa sécurité.
- Reconnaitre l'injustice, se montrer courtois et serviable surtout quand 'on se situe au premier accueil ou à la réception et même dans la communauté.

SECTION 2 : ACCUEIL DES SURVIVANTS DE VIOLENCES SEXUELLES

Conditions de l'accueil

L'accueil des victimes de violences sexuelles est primordial, car il permet de réconforter, de rassurer des victimes choquées, traumatisées, de les informer et de les préparer à la prise en charge médicale en facilitant l'acceptation et le bon déroulement de l'examen clinique, mais il permet également de préparer la victime aux éventuelles suites tant sur un plan judiciaire et médical que psychologique et social.

2.1. LE PREMIER ACCUEIL

2.1.1. Définition

C'est l'action de recevoir une personne qui a subi une agression, à son arrivée dans un réseau communautaire, une structure de santé, un centre d'écoute, un commissariat de police ou une clinique juridique. L'objectif est de protéger et d'identifier dans les plus brefs délais, les besoins de la victime. Dans les cas d'agression sexuelle ou d'une suspicion d'agression, orienter immédiatement vers une structure de santé offrant la prise en charge médicale.

2.1.2 Intervenants

Intervenants : le réseau communautaire, le gardien de la structure médicale/commissariat/ clinique juridique/centre d'écoute, la/le réceptionniste, agent/assistant psychosocial

NB. Le personnel de santé peut être le premier contact de la VVS.

2.1.3. Profil des intervenants.

Ces personnes venant de l'extérieur devront éviter un quelconque signe informant sur leur travail contre les violences sexuelles, maîtriser les expressions locales, parler la langue locale et le français, avoir un traducteur si possible dans la mesure du possible, avoir une personne du même sexe que le patient serait préférable, si le patient le souhaite.

2.1.4 Lieu de l'accueil

Le 1er accueil se fait à la réception, dès ce moment le réceptionniste doit protéger l'identité du patient en évitant que les raisons de sa visite ne soient connues par les autres patients. Connaissant le cas, il doit faire en sorte de prioriser sa prise en charge

2.2. LE DEUXIEME ACCUEIL

2.2.1. Définition :

L'accueil est une réception urgente réalisée dans le calme pour permettre à la SVS de parler, être écoutée et prise en charge. La personne doit se sentir rassurée et en confiance afin de ne pas vivre sa prise en charge comme une nouvelle agression. Elle doit être reçue, de préférence, en tête à tête avec le prestataire de soins (médecin ou infirmier) ou, à sa

demande et avec son consentement, en présence d'une tierce personne. Cependant, le prestataire de services sera le dernier à juger nécessaire ou pas la présence d'une tierce personne, surtout si cette personne constitue une influence négative ou provoque un blocage chez le(a) patient(e).

2.2.2. Intervenant et profil

Il s'agit cette fois-ci d'un professionnel de santé : médecin, infirmier(e), ayant idéalement reçu une formation sur la PEC des VVS.

2.2.3. Identification

Le prestataire porte normalement une blouse blanche, se présente à la victime, lui dit ce qu'il est, ce qu'il fait et pourquoi il est là et lui offre sa disponibilité

2.2.4. Langue du prestataire

Le prestataire devrait parler la langue du survivant. Le cas échéant, proposer au survivant d'appeler un(e) traducteur (trice). Dans le cas où un(e) traducteur(rice) serait nécessaire, essayer dans la mesure du possible que cette personne soit du même sexe que le(a) patient(e) si ce(tte) dernière en exprime le besoin. Dans les deux cas, le traducteur devra se soumettre aux règles d'éthique médicale et de confidentialité qui devront être expliquées par le prestataire avant l'entretien.

2.2.5. Sexe du prestataire

Dans la mesure du possible, avoir un prestataire du même sexe que le(a) patient(e). Le cas échéant, lui proposer l'assistance dans la salle d'examen d'un autre prestataire.

2.2.6. Modalité pratique de l'accueil

Le prestataire doit commencer par saluer poliment la victime, se présenter et lui indiquer l'endroit ou elle peut se mettre. Il dit ce qu'il est, ce qu'il fait et pourquoi il est là. Lui offrir sa disponibilité et lui présenter les services disponibles.

Si pas encore fait, noter l'identité de la survivante : Nom, adresse, sexe, date de naissance (ou âge exprimé en années).

Date et heure de l'examen, noms et fonctions des personnes (membre du personnel ou personne requise par la victime) présents pendant l'entretien et l'examen.

2.2.7. Lieu de l'accueil et situation du patient

Si possible, l'examen se tiendra dans une salle d'examen gynécologique adaptée dotée d'un bon éclairage. Le matériel devra être préalablement préparé. Tous les gestes devront être réalisés dans ce même lieu : entretien (anamnèse), examen médical, photos éventuellement, prélèvements bactériologiques et médico-légaux, soins, conseils et recommandations sur le suivi ultérieur. Les conditions optimales devraient permettre à la personne de se laver à l'issue de l'examen et d'enfiler des vêtements propres.

1°Informations que le(a) patient(e) doit recevoir avant l'examen médical

Fournir à la victime toute information utile pour gagner sa confiance, souligner le caractère confidentiel de l'entretien et lui expliquer chaque phase de l'examen et les actes à poser dans un langage simple. Lui demander si elle a des questions à poser ou des préoccupations et y répondre.

- **Histoire (anamnèse)** : des questions vont vous être posées afin de mieux comprendre votre situation physique, de savoir quels examens demander, de mieux établir un diagnostic et un traitement par la suite.
- **Examen médical et prélèvement des preuves** : l'examen médical consiste à vous examiner physiquement et prélever des preuves de ce qui s'est passé. Nous allons aussi examiner vos vêtements.

NB : Si la victime ne souhaite pas que des prélèvements pour le rapport médico-légal soient faits, ils ne pourront pas l'être. C'est la victime qui a seul le droit de décider en donnant et signant le consentement éclairé.

En cas d'impossibilité de réaliser un examen médico-légal dans des conditions de compétence et notamment de matériel suffisant, il est préférable d'orienter la personne vers une structure de santé disposant des compétences requises après les premiers soins d'urgence**.**

- **Prélèvement sanguin** : Une prise de sang sera effectuée pour analyse au laboratoire afin de nous permettre d'évaluer votre état de santé.
- **Autres examens exploratoires** : Il se peut que nous ayons besoin de faire d'autres examens en fonction de votre état de santé
- **Le consentement écrit/oral** : « Tout ce dont je vous ai parlé constitue la procédure médicale, et mon devoir est de vous l'expliquer. Maintenant c'est à vous de décider si vous : permettez que je vous examine, établisse le diagnostic, fasse des examens complémentaires et instaure le traitement. Je vous signale que je prendrais note de tout ce que j'aurais constaté et que votre dossier sera gardé dans la confidentialité. Les données seront utilisées dans nos rapports de prise en charge de cette structure de santé dans le strict respect de l'anonymat. ».

2.3. PREALABLES POUR LES SOINS CLINIQUES AUX SURVIVANTS

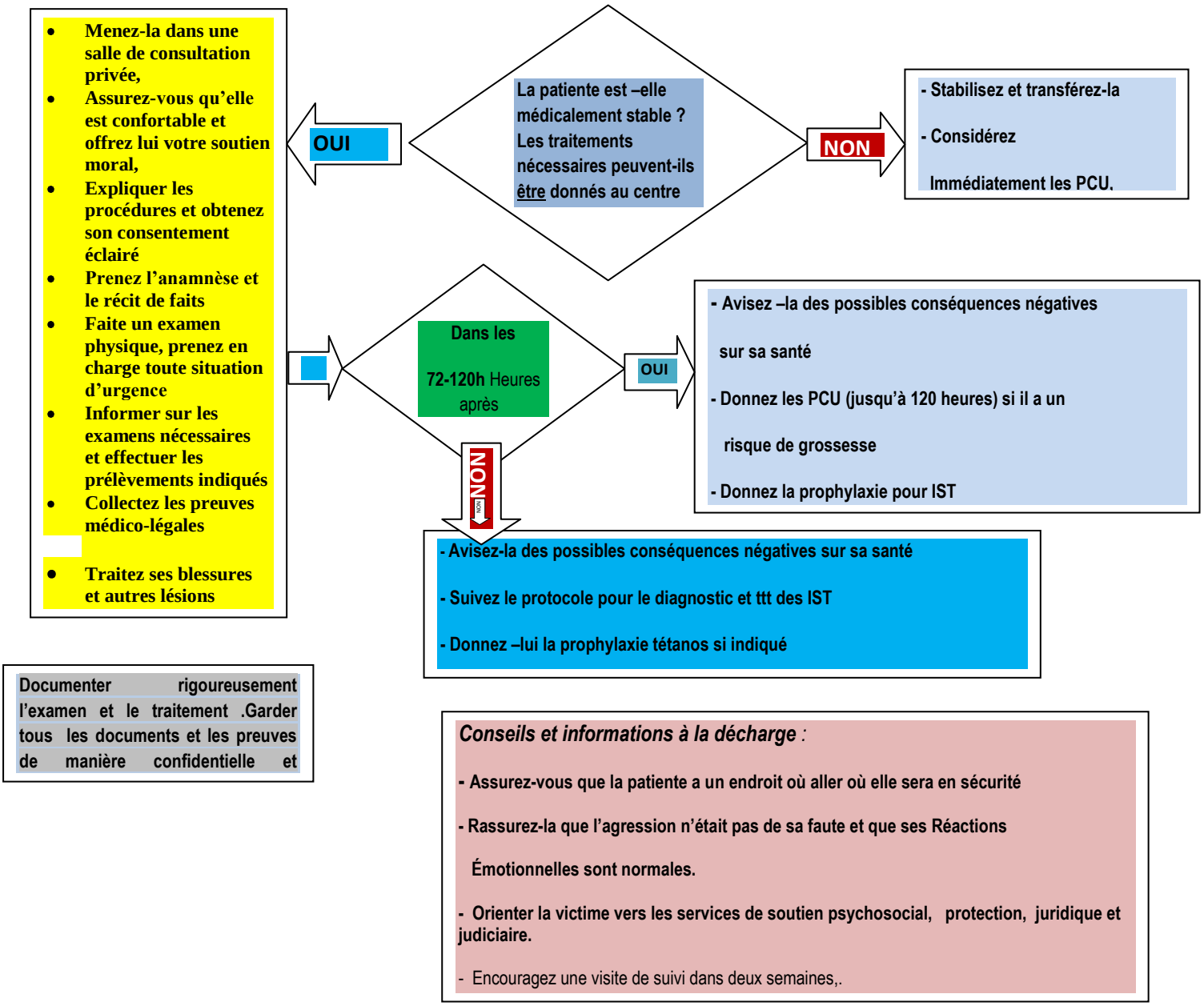
Pour offrir les soins de qualité aux SVS les tâches suivantes doivent être accomplies :

- Informer les membres de la collectivité sur les services offerts aux survivants d'attaque sexuelle.
- Connaitre les lois ainsi que les politiques en rigueur dans le pays.
- Identifier les ressources disponibles (médicaments, matériel, équipements de laboratoire) ainsi que les politiques et procédures nationales en matière de viol (protocole de traitement standard, procédures juridiques, loi en matière d'avortement)
- Déterminer l'endroit ou l'assistance doit être prêtée : elle se fera dans un endroit situé à l'intérieur de la structure sanitaire, de manière à ce que la victime ne se déplace d'un lieu à un autre.
- Identifier le personnel requis

- Garantir l'application stricte de protocole de manière à prendre en compte les aspects médico-psychosociaux et éthique. l'opérateur doit avoir une attitude compatissante se concentrant sur la victime et ses besoins.
- Les services doivent être disponibles 24/24h par jour, 7 jours sur 7.
- Collaborer avec les autres secteurs pour assurer le traitement holistique.

Diagramme d'action clinique pour le traitement des survivants d'agressions sexuelles(4)

La patiente est immédiatement évaluée. L'équipe d'alerte ou un autre clinicien désigné est informé



(4) Diagramme IRC adapté par le PNSR

SECTION 3 : ANAMNESE ET RECIT DES FAITS

3.1. CONSIDERATIONS GENERALES

A ce stade les renseignements sur l'identité du survivant auront déjà été notés, les explications sur l'examen fournies et le consentent obtenu ;

Le prestataire devra alors :

- Demander les plaintes (motif de la visite)
- Recueillir le récit de faits
- Demander à la victime de décrire ce qui s'est passé (utiliser des questions ouvertes). La laisser parler à son rythme. Ne pas l'interrompre pour demander des détails; attendre qu'elle ait terminé son récit pour lui demander d'éclaircir certains points.

  Il convient d'expliquer à la victime qu'elle n'est pas obligée de raconter ce qui la met mal à l'aise. Il ne faut rien obtenir par coercition. Les victimes peuvent omettre ou éviter de décrire certains détails de l'agression qui sont particulièrement douloureux ou traumatisants mais il est important que l'agent de santé comprenne exactement ce qui s'est passé de manière à vérifier les éventuelles blessures et autres lésions. Evaluer les risques de grossesse, IST /VIH.
- Il convient d'expliquer à la victime et de la rassurer quant au caractère confidentiel de l'entretien, notamment si elle hésite à fournir des informations détaillées.

Des questions primordiales doivent ainsi trouver des réponses dans la mesure du possible :

- La date, l'heure et le lieu des faits, le nombre d'agresseurs (actifs ou non), leur sexe et l'éventuel lien de parenté avec la victime.
- Les circonstances de l'agression avec recherche de coups et blessures associés. Réactions de la victime vis à vis de l'agresseur (morsures, griffures…)
- Les événements associés : une perte de connaissance, une chute au sol, une prise de toxiques (alcool, drogues, médicaments…)
- Le déroulement de l'agression : l'existence ou non d'attouchements sexuels réalisés ou subis (oraux, vaginaux, anaux, organes génitaux externes), la notion de pénétrations sexuelles (orales, vaginales, anales) avec ou sans l'utilisation de corps étrangers, l'existence ou non d'éjaculations, leur nombre, le site. Il convient de faire préciser également si l'auteur portait ou non un préservatif.
- Si l'incident a eu lieu récemment, déterminer si depuis, la victime s'est lavée, a uriné, vomi, déféqué, pris une douche vaginale, fait un lavement anal ou a changé de vêtements. Cela pourrait compromettre le rassemblement des preuves médicolégales
- Les informations sur les antécédents médico-chirurgicaux (maladies, allergies, prise de médicaments, vaccination et état sérologique) aideront à déterminer le traitement adéquat, l'aide psychologique nécessaire et le suivi médical.

  Evaluer la possibilité d'une grossesse : demander des détails sur la contraception et la date des dernières règles.

Il faudra toujours tenir compte de la catégorie des survivants pour s'adapter aux besoins spécifiques de ces derniers

3.1.1. LA VICTIME EST UN ENFANT

1. L'enfant révèle des faits récents.

Il a besoin d'être **ÉCOUTÉ**, pas interrogé. Le médecin n'est pas un enquêteur : que l'enfant évoque ou non des faits réellement vécus, s'il en parle c'est qu'il a besoin d'aide. Il a besoin d'être **RÉCONFORTÉ**.

L'agresseur est extérieur à la famille ; les parents ont aussi besoin d'aide et sont souvent trop choqués pour aider eux-mêmes leur enfant. Il faut chercher avec eux des relais. L'agresseur vit avec l'enfant ; celui-ci doit alors être **PROTÉGÉ**, le jour même s'il existe un risque de récidive au domicile.

2. L'enfant révèle des faits anciens.

Il a besoin d'être écouté au moment où il est prêt à parler. On peut le féliciter d'avoir réussi à le faire et l'encourager à parler.

Cas particuliers

L'enfant qui ne parle pas

Si l'enfant ne parle pas, le médecin peut lui dire qu'il pourra parler plus tard, à lui-même ou à une autre personne de confiance. Il lui exprime sans chercher à le faire parler et qu'il comprend que c'est très difficile de dire certaines choses, surtout si on a subi des pressions, des menaces
Sans donner de détails, il rappelle qu'il y a des choses que les adultes n'ont pas le droit de faire aux enfants. Il propose à l'enfant de le revoir.

Dans tous les cas, il convient de parler à l'enfant des autres personnes qui peuvent intervenir, l'**ACCOMPAGNER** vers l'étape suivante soit physiquement, soit au moins par des explications suffisantes.

3. L'enfant est amené par un adulte de son entourage

Qui allègue des révélations que l'enfant, souvent petit, lui aurait faites, dans un contexte, le plus souvent de conflit familial. Cette situation est la plus difficile, une évaluation pluridisciplinaire ne permet pas toujours d'y voir plus clair. Là encore le médecin n'a pas pour mission de chercher la vérité.

Il doit veiller à apporter de l'aide à un enfant peut-être réellement agressé, toujours potentiellement en danger dans ce type de situation.

Il peut aussi apporter son aide à un adulte toujours en difficulté. Le médecin doit pouvoir proposer à l'adulte de parler avec lui en dehors de la présence de l'enfant. Rapidement le médecin doit introduire d'autres intervenants pour ne pas se retrouver inefficace, voire utilisé, manipulé (ces situations prenant parfois l'aspect d'un syndrome de Münchhausen par procuration). Il doit proposer de parler à l'enfant seul.

Le médecin doit :

Savoir que l'abus sexuel peut être un motif invoqué pour obtenir la garde de l'enfant en cas de séparation du couple parental. Le récit de l'enfant peut alors être « appris » ou « contaminé » par le parent revendicateur.

Savoir aussi qu'un parent anxieux, inquiet, dans un contexte de séparation conflictuelle, sans possibilité de communication, peut en venir à interpréter des symptômes de l'enfant, témoins de sa propre souffrance (cauchemars, recherche de proximité corporelle, masturbation compulsive etc.) comme des indices d'un éventuel comportement incestueux. Ces deux situations dans lesquelles l'enfant est toujours en danger, doivent impérativement faire l'objet d'une évaluation psychosociale approfondie.

Exemples de questions à poser non directives, ouvertes :

« Je voudrais comprendre pourquoi tu fais à nouveau pipi au lit. »
« J'ai l'impression que quelque chose ne va pas à la maison, que quelqu'un te fait souffrir. »

Un professionnel évoque une agression sexuelle et requiert un avis médical : le Médecin comme dans le cas précédent peut aider l'enfant. Rarement l'examen, mais on ne le sait pas d'avance, permettra de confirmer l'hypothèse.

3.1.2. LA VICTIME EST UNE ADOLESCENTE ENTRE 15 ET 18 ANS

Son accueil diffère légèrement de celui des femmes adultes. Ces jeunes sont plus fragiles, plus vulnérables. Elles peuvent se trouver dans une situation de détresse psychologique avec très souvent un sentiment de culpabilité, et elles ont souvent du mal à communiquer ce qui leur est arrivé.

De plus, on relève fréquemment chez ces victimes la notion d'agression sous influence, qu'elle soit d'origine toxique (alcool, psychotropes, drogues) ou de domination (violences intrafamiliales, personnes ayant autorité, enseignant).

Un rôle important du prestataire est avant tout de gagner la confiance et d'accepter, sans juger, les imprécisions du récit et de traduire les faits en termes cliniques simples pour elles.

Comme pour les adultes, le prestataire n'est délié de ce secret professionnel que lorsque l'adolescente donne son accord pour la dénonciation des faits dont elle a été victime.

3.1.3. LA VICTIME EST UN ADULTE

L'entretien permet de répertorier de la façon la plus précise possible les circonstances de l'agression de façon à guider l'examen clinique et les prélèvements. Il permet d'en évaluer le retentissement somatique et psychique. Il doit donc être conduit avec méthode. Il faut se présenter, se nommer pour permettre à la victime de restaurer une relation humaine. Cet entretien doit être pratiqué avec patience et respect pour ne pas constituer une nouvelle agression**.**

<u>Ce qu'il ne faut pas faire</u>

- Parler d'interrogatoire, mais de consultation ou d'entretien.
- Dire « se faire violer » mais être violé ou agressé. Mettre en doute ou corriger la parole de la victime. L'écoute dubitative constitue une nouvelle agression morale croire ce que l'autre vous dit, c'est reconnaître son existence.
- Conseiller l'oubli.
- Chercher à dédramatiser et banaliser. « Ce que je constate sur ton corps me fait penser que quelqu'un ne se conduit pas bien avec toi »

- « C’est peut-être difficile pour toi d’en parler parce qu’on t’a peut-être dit que c’était un secret. »
- « Peut-être t’a-t-on dit que quelqu’un pourrait mourir si tu révélais ce secret. »
- « C’est peut-être difficile aussi pour toi d’en parler parce que par moments tu aimes beaucoup cette personne et à d’autres moments tu la détestes. »
- « C’est peut-être quelqu’un que tu aimes beaucoup et c’est pour cela que c’est difficile d’en parler.

Ce qu’il faut faire

- Reconnaître que la victime a subi un traumatisme réel et ainsi lui laisser exprimer son effroi et son bouleversement.
- Aider la victime à reprendre confiance dans son propre jugement et lui rappeler qu’elle sait ce dont elle a besoin : sur quel ami ou proche peut-elle compter pour la soutenir ?
- Verbaliser la contrainte qu’elle a subie pour l’aider à comprendre ses réactions.
- Permettre à l’entourage de la victime d’exprimer pour son propre compte, sa souffrance, sa colère et son désarroi.
- La prise en charge de l’entourage permettra aussi de soulager la victime qui vit
- parfois douloureusement les effets de son agression sur ses proches.
- Rappeler la loi : possibilité pour la victime de porter plainte, de se faire aider dans ses démarches par une association d'aide aux victimes ou un avocat.

3.1.4. LE VIOL ENTRE EPOUX OU ENTRE PARTENAIRES

La réalité des violences sexuelles intraconjugales est restée longtemps occultée voire niée, alors que selon certaines enquêtes, près des deux tiers des victimes de violences conjugales subiraient aussi des violences sexuelles.

La prise en charge est délicate, car souvent ces femmes ne dénoncent pas facilement ces violences et très souvent le tableau clinique est difficile à individualiser avec des motifs de consultation et des plaintes sans rapport avec le viol. Parfois, le diagnostic peut être évoqué à partir d'un non-dit, une hésitation, un regard fuyant. Parfois, le mari accompagne sa femme à la consultation, il peut apparaître comme trop présent, trop prévenant, répondant à la place de son épouse.

L'accueil de ces victimes est fondamental. Le médecin traitant peut être amené à jouer un rôle clef. Il pourra soutenir la victime en lui disant qu'elle n'est pas seule, que personne n'a de droit sur elle ni sur son corps, qu'être mariée ne donne pas tous les droits à son mari. Il pourra lui indiquer et lui expliquer les voies de recours possibles.

3.1.5. LE VIOL D'ADULTES HANDICAPÉÉS

Les abus sexuels peuvent être difficiles à évaluer et à diagnostiquer. La personne handicapée peut être la victime d’un individu qui, profitant de l'autorité qu'il exerce, abuse soit de sa crédulité soit de son incapacité à se défendre. L'agresseur est souvent un proche et alléguera volontiers que la victime était consentante. Dans ce genre de situations, il ne faut pas hésiter à adresser les victimes dans un centre d'accueil spécialisé où la prise en charge pourra se faire au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

Rappelons cependant le rôle clef que peut jouer le médecin traitant dans ce type de situations. Il pourra, en effet, être conduit à poser le diagnostic d'agression sexuelle devant un faisceau d'arguments cliniques.

3.1.6. LES AGRESSIONS SEXUELLES CHEZ L'HOMME

Moins fréquentes et surtout moins souvent révélées, les agressions sexuelles chez l'homme sont reconnues juridiquement. Le viol de l'homme est homosexuel ou hétérosexuel, une femme pouvant être auteur des faits.

L'accueil des victimes de sexe masculin répond aux mêmes objectifs que l'accueil des victimes de sexe féminin, c'est-à-dire : informer, préparer à l'examen clinique, programmer les examens complémentaires et proposer un accompagnement.
Quelques éléments sont particuliers aux agressions des victimes de sexe masculin :

Un diagnostic difficile à poser :

Très souvent la composante sexuelle n'est pas révélée d'emblée et le diagnostic est évoqué devant la constatation de blessures physiques, parfois importantes, comme des hématomes, des fractures ou des luxations inexpliquées. Le dialogue et l'entretien préalable sont fondamentaux. Ils pourront conduire la victime à des révélations et l'aider à accepter l'examen clinique.

La prise en charge des victimes de sexe masculin nécessite, elle aussi, une structure spécialisée pluridisciplinaire : consultation médico-judiciaire, service de chirurgie générale, urologie ou gastro-entérologie, voire service des urgences chirurgicales, consultation à visée psychothérapique.

3.1.7. LE VIOL EN REUNION

Ce type d'agression est très souvent le résultat d'un acte collectif (dit "en réunion") dans des milieux homosexuels et hétérosexuels où la victime, parfois désinhibée par l'alcool ou par la drogue, a pu être attirée par l'un des participants, ceci entraînant un intense sentiment de honte et de culpabilité rendant les révélations difficiles.

3.1.8. LES JEUX SEXUELS ENTRE ENFANTS

Certains parents, certains enseignants dénoncent des activités à caractère sexuel qu'ils ont surprises ou dont ils ont eu connaissance entre jeunes enfants.
La curiosité sexuelle et les jeux sexuels existent entre enfants du même sexe, de sexe opposé et de la même classe d'âge. Ce qui les caractérise, c'est l'absence de violence physique, de menace, d'intimidation, de peur, de chantage, de coercition. Il s'agit vraiment d'un jeu, sans caractère envahissant, ni compulsif, susceptible de s'arrêter si un adulte y met un terme.

Quand ces conditions n'existent pas, quand des enfants, même d'un âge similaire, s'adonnent de façon répétitive à des activités de voyeurisme, d'exhibitionnisme, de masturbation, de tentative de pénétration des orifices sexuels ou anaux, à des contacts uro-génitaux, de façon envahissante et non contrôlable, il ne s'agit plus de jeux sexuels. Dans ce cas il faut considérer l'agresseur comme probablement lui-même victime d'agressions

antérieures ou vivant dans un climat de pornographie et demander une évaluation pluridisciplinaire.

3.2. L'ENTRETIEN DEL'AGENT DE SANTE :

INTRODUCTION

L'entretien représente l'outil le plus important dont nous disposons pour prendre note des preuves médicales et juridiques et pour évaluer les besoins des survivants. Sans de bonnes compétences et aptitudes à l'entretien, nous ne pourrons pas fournir des soins adéquats aux survivants de la violence sexuelle.

3.3. TYPES DE TECHNIQUES D'ENTRETIEN

Il existe cinq types couramment utilisés :

1) Techniques d'entretien thérapeutiques :

L'agent de santé a pour mission d'aider la femme, l'homme et l'enfant à se sentir en sécurité, de savoir qu'on croit ce qu'il ou elle raconte et que l'information ainsi donnée sera protégée. Quand un interviewer traite un survivant de la violence sexuelle avec respect et empathie, alors cette femme ou cet enfant est souvent capable d'exprimer ses craintes et ses préoccupations. Le rôle de l'interviewer consiste ensuite à rassurer, à réconforter, à consoler et à soutenir. Généralement, cette information n'est pas pertinente à des fins juridiques ou médicales, mais elle est très importante pour aider un survivant à commencer à guérir du point de vue émotionnel.

2) Techniques d'entretien médicales

Ces techniques se concentrent sur 1) les symptômes ou les plaintes de la survivante, et 2) une brève anamnèse médicale se concentrant sur l'information obstétricale et gynécologique pertinente (date de ses dernières règles, antécédents de problèmes génitaux, antécédents de chirurgies génitales, grossesses antérieures et antécédents en ce qui concerne les infections sexuellement transmissibles). On lui demandera également si elle a des allergies aux médicaments et si elle a eu une injection antitétanique ces 10 dernières années. Ces antécédents mènent directement au type suivant d'entretien.

3) Techniques d'enquête

L'entretien d'enquête est généralement menée par la police et le but est de déterminer si un crime a été commis, ainsi que la nature ou les circonstances de l'attaque (qu'est-ce qui s'est passé, comment c'est arrivé, qui étaient les coupables, l'environnement) ainsi que l'issue de l'attaque. Par le passé, on demandait aux agents de santé qui s'occupent des survivants d'une attaque sexuelle de NE PAS réunir l'information de l'enquête car cela relève du domaine de l'expertise de la police. Toutefois, dans des situations de conflit, les agents de santé représentent probablement le seul personnel qui aura accès aux survivants. Aussi, est-il de toute première importance que les agents de santé fassent un compte rendu exact du récit des survivants. A cette fin, ils peuvent interviewer les survivants en utilisant des questions ouvertes et ensuite, documenter un tel témoignage de manière lisible, exacte et complète.

4) Les techniques criminalistiques ou médico-légales

Ces techniques permettent de réunir les faits lors de l'examen traditionnel d'une attaque sexuelle (où l'enquête est faite par la police). Utilisant les techniques d'interview médico-légales ou criminalistiques, les agents de santé collectent l'information se rapportant au viol dans le but de guider l'examen médical. Par exemple, si le survivant indique, « J'ai essayé de le repousser mais il m'a saisi » l'agent de santé demandera à la femme ou à l'enfant de « montrer où il a été saisi. » A l'examen, l'agent de santé recherchera les preuves physiques (blessures) dans la zone où l'assaillant a saisi le survivant. Aussi, il notera dans cette documentation :

- Les détails de l'attaque « Il m'a saisi au bras. »
- La réponse à cette partie de l'attaque,« Je lui ai dit que ça faisait mal. »
- Ses émotions pendant l'examen « Cela fait tellement mal. »
- les constatations physiques« zone ovale à la partie supérieure du bras gauche 1 cm par 2 cm, tuméfaction violette. »

5. La technique d'entretien motivationnel

Il sied de rappeler que la fourniture de services axés sur les traumatismes découle de la reconnaissance, par les prestataires de soins de santé, que les violences sexuelle et « basée sur le genre » touchent tous les aspects de la vie de la femme. La technique d'interview ou d'entretien motivationnel est un style de communication centré sur le patient, qui fait émerger et renforcer la volonté et la confiance d'une patiente lors des échanges avec les prestataires ainsi que sa capacité à faire des changements qui lui apporte un soutien approprié. L'entretien motivationnel est un moyen pour les prestataires de soins d'avoir des échanges plus collaboratifs et moins didactiques avec les patients, d'aider le processus de changement. C'est Un style d'aide qui permet d'assister les patients à mettre fin à leur hésitation et à leur indécision afin de les aider à faire des changements positifs. Bref, c'est une façon de se conduire avec une patiente, plutôt qu'un ensemble de techniques à leur imposer ; un modèle de services axés sur les traumatismes. Ce modèle utilise 5 principes et 9 stratégies que vous trouverez annexés à ce module.

Dans des contextes de conflit, il est fort probable que les techniques d'enquête et les techniques médico-légales se recouperont. Ce n'est pas un problème, mais cela signifie que l'agent de santé doit écouter attentivement et vérifier qu'il réunit l'information dont il a besoin pour :

- répondre aux besoins médicaux du survivant et
- obtenir des détails qui apportent des preuves juridiques de l'attaque.

L'entretien devra être méthodique et les procédures suivies à la lettre.

Le certificat médical compris dans ce manuel aidera à guider cette entretien et vérifiera que les agents de santé posent avec constance les questions, obtiennent des réponses qui seront acceptables si l'information doit être utilisée dans une cour de justice.

Aussi, l'entretien représente-t-elle l'outil le plus important dont nous disposons pour prendre note des preuves médicales et juridiques et pour évaluer les besoins des survivants. Sans de bonnes compétences et aptitudes à l'entretien, nous ne pourrons pas fournir des soins adéquats aux survivants de la violence sexuelle.

3.4. FACTEURS CLES LORS DE L'ENTRETIEN :

- L'entretien doit être réalisée dans un endroit privé et tranquille.
- Il vaut mieux que le traducteur et d'autres membres du personnel soient des femmes.

Tout doit être expliqué au survivant avant qu'on ne commence, à savoir : Le but de l'interview, le formulaire de consentement (autorisation officielle pour l'entretien et pour les soins) et le certificat médical (le formulaire sur lequel sont notées l'entretien et information médicale).

3.5. LES ETAPES A RESPECTER LORS DE LENTRETIEN :

Etape 1. Introduction

But : Créer une relation de confiance et garantir la sécurité/protection.

- Comment vous appelez-vous ?
- Est-ce que vous préférez que je vous appelle (Madame ou par votre prénom)
- Envisagez attentivement comment vous allez vous présenter.

Note : « Je suis une infirmière/un agent de santé/un enseignant/un volontaire/etc. qui a reçu une formation spéciale pour travailler avec des personnes qui ont traversé des situations analogues à la vôtre. »

- Mentionnez vos responsabilités et votre engagement à rester avec elle « aussi longtemps qu'il le faudra. »
- Utilisez un langage qui est clair et réconfortant. Evitez tout langage technique (juridique ou médical).

Etape 2. Préparation et explication

But : Renforcer le sentiment de protection et de sécurité.

- Commencez en disant que vous savez déjà quelque chose à propos de la personne, par exemple, « Je sais que c'est le Groupement de Femmes du village qui vous a envoyé ici. »
- Parlez au survivant des services qui sont disponibles. « J'aimerais vous interviewer à propos de ce qui vous est arrivé et vous offrir un examen médical, ici aujourd'hui. »

- J'ai également des médicaments que j'aimerais vous donner et je peux vous orienter vers des groupes de soutien et des services juridiques. N'offrez pas des services que le centre ne peut pas fournir.
- Indiquez au survivant que, lors de l'interview et de l'examen médical, vous l'informerez de ce qui va se passer et de la raison pour laquelle cela va se passer.
- Indiquez clairement et à plusieurs reprises que, s'il y a quelque chose, tout au long de l'examen, qui est pénible ou qui le met mal à l'aise, vous arrêterez de suite.
- Dites bien au survivant qu'il ou elle peut refuser toute partie de l'examen ou de la collecte de preuves.
- Si le survivant a peur d'être seul, indiquez que vous-même (ou quelqu'un d'autre) restera avec lui tout au long s'il s'agit d'une promesse raisonnable à faire dans le contexte dans lequel vous exercez. Il ne faut jamais faire une promesse à un survivant que vous ne pouvez pas tenir.

Etape 3 : ENTRETIEN PROPREMENT DIT ET SOUTIEN AU SVS

But : Diminuer l'angoisse du survivant et renforcer le sentiment de confiance.

- Evitez tout langage médical ou juridique. Faites attention à ne pas utiliser de mots qui risquent de ne pas être compris ou qui l'angoisse encore davantage.
- Respectez le silence et évitez de le remplir de suite avec des mots. Certains survivants ont besoin d'être assis calmement et de réfléchir à ce qui se passe. Après quelques minutes, on peut reconnaître le silence en disant quelque chose du style suivant,
    - « Je vois que ce n'est pas toujours facile de mettre tout cela en paroles. »
    - « Parfois, il est plus facile de ne pas parler. »
    - « Parfois, on se sent mieux en silence. »
    - «Reconnaissez que vous êtes un étranger, une nouvelle personne dans sa vie».
    - « Je sais que je viens juste de vous rencontrer. Ce n'est pas toujours facile de me raconter ce qui vous est arrivé, mais je suis ici pour vous, pour vous écouter et pour être sûr que vous allez bien. »
- Rassurez le survivant en lui disant que vous serez patient et qu'il n'a pas besoin de se dépêcher pour faire son récit. Vous pouvez dire
    - « Prenez tout le temps qu'il vous faut. »
    - « J'attendrai. »
    - « Cela ne fait rien, prenez votre temps. »
- Utilisez de simples phrases qui montrent que vous le/la soutenez :
    - « Je suis content que vous soyez venu. »
    - « C'est une bonne chose que de me raconter tout cela. »
    - « Je suis désolé que cela vous soit arrivé. »
    - « Vous êtes en sécurité ici. » (si c'est vrai)
    - « Que voulez-vous que je fasse pour que vous vous sentiez vraiment en sécurité ici. »
    - « C'est normal de ressentir… »

- « Ce n'est pas de votre faute. »
- « Vous n'êtes pas à blâmer. »
- « Vous n'êtes pas responsable de ce qui vous est arrivé. »
- « Ce que vous ressentez est tout à fait normal pour quelqu'un qui a traversé ce que vous avez traversé. »
- « Si vous voulez vous arrêter à n'importe quel moment, nous pouvons nous arrêter, dites-le moi. »
- « Si vous vous rappelez quelque chose d'autre, nous arrêterons ce que nous sommes en train de faire et nous en parlerons. »
- « Vous êtes ici – cela veut dire que vous avez survécu. »
- « Vous avez fait tout ce qu'il fallait – vous avez survécu. »

- Créer un espace ou un cadre sûr pour l'expression émotionnelle. Si l'interview s'arrête avec des cris ou expressions de rage, par exemple, faites remarquer ce comportement et demandez comment vous pouvez aider le survivant à se sentir davantage à l'aise. Il ne faut jamais dire que vous « savez » ou que vous « comprenez » ce qu'il ressent. En effet, même si vous-même, vous êtes un survivant d'une attaque sexuelle, il est impossible de « connaître » l'expérience de vie de quelqu'un d'autre, que ce soit avant ou après son attaque.

- Vous pouvez donner un sentiment d'empathie et de soutien en répétant à la personne ce qu'elle est en train de faire (pleurer, exprimer sa colère) et en demandant comment vous pouvez aider :

  - « Je vois que vous êtes en colère. Vous êtes dans votre droit. Dites-moi ce que je peux faire pour que vous vous sentiez mieux. »
  - « Je vois que vous êtes en train de pleurer. On attendra un peu avant de recommencer à parler. Est-ce qu'il y a quelque chose que je peux faire pour vous aider ? »

3.6. COMMUNICATION THERAPEUTIQUE

Aider à guérir : Savoir écouter les survivants de l'agression sexuelle

L'attaque sexuelle est non seulement une attaque à l'être physique du survivant, mais également à son sentiment d'autonomie et de contrôle et c'est la raison pour laquelle le survivant se sent impuissant. Certaines choses lui sont arrivées sans son consentement. Aussi, une première étape importante du processus de guérison est de regagner ce sentiment de contrôle sur le corps et sur ce qui l'entoure. C'est lorsque le survivant vient demander de l'aide pour la première fois qu'est entamé ce chemin vers la guérison. En effet, l'agent de santé fera le premier pas pour inciter le survivant à reprendre le contrôle lors des premiers moments de l'évaluation. Le fait d'obtenir le consentement, c'est-à-dire préparer et éduquer le survivant à propos de l'évaluation/dépistage et du traitement permet au survivant

de prendre des décisions quant aux soins de santé – et, partant, quant à son propre corps. Il est de toute première importance d'établir la confiance et de conférer un sentiment de protection et de sécurité. Il ne faut pas de surprise lors du traitement du survivant. Ainsi, on peut inverser l'expérience de prise de victime où l'assaillant aura peut-être agi de manière imprévisible, à la grande surprise du survivant qu'il attaque alors qu'elle n'est pas sur ses gardes.

3.6.1. Comment parler aux victimes : les stratégies pour un entretien et un soutien efficaces

Techniques	Exemples
Savoir reconnaître	« Bonjour »… et utilisez le titre de respect correct et approprié.
Proposer son aide	Je vais m'occuper de vous pendant que vous êtes ici. Je resterai ici avec vous. Je me soucie de votre bien-être.
Ecoute active	Faites preuve d'un vif intérêt dans ce qu'exprime non verbalement le survivant. Par exemple, se pencher en avant et regarder le survivant alors qu'il parle. Eviter d'être distrait par d'autres choses. Cette compétence aidera le clinicien à se rappeler certains détails du récit du survivant, favorisera un climat de confiance et sera utile pour la résolution de problèmes.
Donner de l'information : Parler de certaines conceptions erronées à propos de l'attaque sexuelle, de la nature traumatisante de l'attaque sexuelle et de diverses décisions du point de vue santé, juridique et personnel que les survivants doivent prendre. Il sera utile d'avoir une information imprimée, mais puisque le clinicien ne peut pas être certain que le survivant sait lire, l'information doit également être présentée oralement.	« Je m'appelle… » « Si je suis ici, c'est pour… » « Je vais vous emmener à… » « Voici les services que je suis en mesure de vous offrir… » « Voici la liste de médicaments que vous avez reçue… »
Commencer d'une manière générale	« Où est-ce que vous aimeriez commencer ? » « Est-ce que vous pouvez me raconter ce qui vous est arrivé ? »

Techniques	Exemples
	« Est-ce que vous pouvez décrire les événements de cette nuit-là ou de ce jour-là ? » « A quoi pensez-vous ? »
Utiliser le silence	Laissez au survivant autant de temps que nécessaire car cela est rassurant et crée un climat de confiance.
Utiliser des questions	Qui était ici ? Que s'est-il passé ?
Eviter les questions « oui » ou « non »	Quand cela est-il arrivé ? Où étiez-vous ? Comment cela est-il arrivé ?
Fournir instructions, directions et informations en utilisant des mots et un langage clairs et concrets.	Evitez d'utiliser des mots tels que 'à droite' ou 'à gauche' car le survivant risque d'être désorienté et incapable de comprendre, ne serait-ce que les plus simples directions. Utilisez davantage des emplacements spécifiques dans la pièce. (« Est-ce que vous pouvez vous tourner et faire face à la fenêtre ? » ou « Regardez par terre, s'il vous plait, pendant que j'examine votre cou. »)
Accepter – Vous acceptez le récit du survivant, vous ne jugez pas et vous ne décidez pas s'il/elle dit la vérité.	« Oui. » « Hum hum. » « Je comprends bien ce que vous dites. » Hochez de la tête
Ouvrir la voie	« Continuez » « Et ensuite ? » « Dites-moi plus à ce propos.. » « Qu'est-ce qui s'est passé juste avant… ? » « Est-ce que c'était avant ou après… ? »

Techniques	Exemples
Placer l'événement dans le temps ou en séquence	« Quand est-ce que cela est arrivé ? » « Vos muscles semblent tendus… à quoi pensez-vous en ce moment ? »
Faites des observations reliant les comportements qui peuvent être des signes de peur, de souffrance et de colère et ensuite, demander au survivant d'approuver ces observations.	« Je vois que votre poing est fermé… dites-moi à quoi vous pensez ? » « Je vois que vous n'arrivez pas à rester assis dans votre chaise… qu'est-ce qui se passe ? » « Je vois que vous mordez vos lèvres... qu'arrive-t-il en ce moment ? »
Encourager la description de perceptions – Encourager la conversation en posant des questions qui permettent au survivant de mettre au clair ses besoins, options et souhaits.	**S :** « Est-ce que vous savez ce que je veux dire ? » **C :** « Non, pas exactement. Est-ce que vous pouvez m'expliquer davantage à quoi vous pensez ? » **S :** « Personne ne me croira de toute façon. » **C :** « Mais moi, je vous crois. » **S :** « J'essaie de réfléchir aux raisons pour lesquelles cela m'est arrivé, mais… » **C :** « Nous pouvons vous aider à obtenir les réponses à vos questions, mais la chose la plus importante, c'est que vous soyez ici. »
Encourager les comparaisons.	« Est-ce que c'était comme… ? » « Avez-vous des expériences analogues ? » « Est-ce que quelque chose de pareil vous est déjà arrivé par le passé ? »
Reformuler : Reformuler dans les propres mots de l'interviewer le contenu et l'émotion qui ont été communiqués	**Déclaration 1 :** « Vous m'avez dit que vous vous sentiez frustré à propos de cette attaque. » **Déclaration 2 :** « Il me semble que vous vous sentez dépassé et impuissant pour le moment. » **Déclaration 3 :** « Donc, ce qui vous préoccupe le plus pour

Techniques	Exemples
par le survivant. En reformulant ainsi, on vérifie qu'on a bien compris ce qu'a dit le survivant et on offre une possibilité d'écouter.	le moment, c'est d'être enceinte ? J'ai également l'impression que vous souffrez énormément pour le moment. »
Restituer : Donner une interprétation d'autres manières de voir ou de penser à la situation. On peut ajouter d'autres informations ou soulever d'autres préoccupations, idées ou possibilités auxquelles le survivant n'a pas songé lui-même. Mais il faut toujours se rappeler que c'est le compte rendu du survivant qui est la version exacte.	**Déclaration 1 :** « J'aurais dû me protéger, j'aurais dû m'enfuir. » **Réponse :** « Vous avez fait ce que vous avez pu. Il est difficile de savoir que l'autre personne va faire. Nous espérons toujours pouvoir faire confiance aux autres, pensant qu'ils ne nous feront pas de mal. Vous ne pouviez pas prédire ce genre de comportement. » **Déclaration 2 :** « Je n'aurais pas dû prendre ce chemin pour rentrer. » **Réponse :** « Vous l'avez probablement pris maintes fois avant et rien n'est arrivé. Bien sûr, si vous saviez à l'avance que c'était risqué, vous auriez pris un autre chemin. Nous prenons les meilleures décisions que nous pouvons avec la meilleure information dont nous disposons à ce moment-là. »
Se concentrer	« Reprenons ce point pour un moment. » « Est-ce que vous pourriez m'en dire davantage ? » « Pourriez-vous décrire avec plus de détails ? »
Explorer	« Je ne suis pas sûr que je comprends bien. » « Pouvez-vous de nouveau me l'expliquer ? »
Chercher à clarifier	« Dites-moi si ma compréhension de la situation est la même que la vôtre ? »

Techniques	Exemples
Chercher une validation consensuelle	« Vous n'avez pas donné la réponse que vous vouliez donner. Y a-t-il quelque chose d'autre que vous aimeriez me demander ? »
Verbaliser ce qui est impliqué	« Faites-moi savoir si je dis quelque chose qui vous met mal à l'aise. »
Encourager l'évaluation	« Peut-être vous et moi, nous pouvons discuter… »
Suggérer la collaboration	« Vous avez dit que.. » Pendant l'interview, vous et moi avons discuté de… »
Récapituler : En s'inspirant des divers éléments de votre discussion avec le survivant, présenter une série d'énoncés concis qui décrivent brièvement ce qui s'est passé, ce que ressent le survivant, ce dont il a besoin et le suivi que vous envisagez.	« Passons en revue le plan pour voir si la séquence vous semble la bonne. Je tiens à ce que vous me disiez tout ce que vous voulez savoir et je souhaite comprendre ce que vous voulez pour le moment. »
Encourager la formulation d'un plan d'action : Il faut retenir les aspects de la situation d'un survivant sur lesquels il ou elle exerce un contrôle/peut prendre des décisions. Ainsi, on lui présente diverses possibilités et options alors qu'il/elle reprend le contrôle des choses. En travaillant comme une équipe de résolution des problèmes, l'interviewer et le survivant vont cerner les problèmes, formuler un plan d'action et se donner des buts pour sortir de la	**Exemple :** « Dressons un plan pour voir comment nous pouvons résoudre chaque problème dans la séquence que vous souhaitez. Le test de grossesse vient en premier si vous le souhaitez et après, nous aurons plus d'information pour aller de l'avant. »

Techniques	Exemples
crise.	

3.6.2. Interview avec un enfant – Un jeu de rôle

Interviewer : « Dis-moi ce qui est arrivé quand l'homme t'a fait mal. »

Enfant : (Donne des détails sur l'heure, le jour, l'endroit)

(L'**interviewe**r peut poser des questions dirigées pour déterminer les détails qui ne sont pas donnés par l'enfant, « C'était quel jour ? » « Où étais-tu ? » « Est-ce que quelqu'un d'autre était là ? »)

Interviewer : « Où était ta mère quand l'homme t'a fait mal ? » (Question dirigée)

Enfant : (pas de réponse).

Interviewer : « Est-ce que ta mère était là ou non ? » (Question à choix multiple)

Enfant : « Oui, elle était là. »

Interviewer : « Que faisait ta mère ? » (Question dirigée)

Enfant : « Elle l'aidait. »

Interviewer : « Comment est-ce qu'elle l'aidait ? » (Autre question dirigée)

Enfant : « Je ne sais pas. »

Interviewer : « Décris-moi ce qu'elle faisait. » (Question ouverte).

Enfant : « Elle pleurait. L'homme était en colère. »

Interviewer : « Qu'est-ce qu'elle disait quand elle pleurait ? » (Question dirigée)

Enfant : « Rien, l'homme lui a dit de se taire ou il allait la tuer. »

Interviewer : « Qu'est-ce qui est arrivé ensuite ? » (Question ouverte)

Enfant : « Je ne sais pas. Rien. »

Interviewer : « Ça ne fait rien. Parfois, on n'arrive pas à se rappeler de suite. On peut en parler quand tu t'en souviendras. Parlons à présent de ce que tu as ressenti pendant que c'est arrivé. Est-ce que tu peux me dire ce que tu as ressenti ? »

3.6.3. Particularité des réponses de l'enfant :

1°Quand l'interviewer demande à l'enfant ce qu'elle ressent, et quand il lui demande à propos de « ce qui est arrivé, » l'enfant peut réagir par l'entremise de sentiments, d'actes et de pensées. Il est important de demander aux enfants à propos des trois types de réactions.

Quand un enfant ne peut pas répondre à des questions concernant ce qu'il pense, il est peut-être en mesure de parler de ce qu'il a fait ou le contraire. Et ainsi, un interviewer peut demander, « Qu'est-ce que tu as pensé ? » ou « Qu'est-ce que tu as ressenti ? » ou « Qu'est-ce que tu as fait ? »

2°Lorsque l'on demande à propos des sentiments : Dites aux participants qu'il faut éviter d'offrir un sentiment à l'enfant :

« Est-ce que tu avais peur (en colère, triste, etc.) ? »

« Tu as dû avoir très peur ? »

« Je suis sûr que tu étais triste ? »

Si l'on suppose un sentiment pour l'enfant, il sera embarrassé ou en colère. Essayez également d'utiliser des mots tels que « Comment tu te sentais ? » Généralement, l'enfant va répondre en disant « Bien. »

Commencez plutôt de la manière suivante en disant à l'enfant, « Tout ce que tu ressens est normal. Tu veux bien me dire un peu ce que tu ressentais ? »

Il est important de se rappeler qu'en interviewant l'enfant, on se penche non seulement sur ses sentiments à propos d'une situation donnée mais également sur sa perception et compréhension de cette situation. Les enfants doivent savoir que les sentiments qui les traversent ne sont pas inhabituels, que c'est courant et qu'il n'y a rien de mal à propos de leurs pensées ou de leurs sentiments.

3°Lorsqu'on pose des questions à propos d'actes **:** Evitez de poser aux enfants des questions à choix multiple ou des questions « soit/soit. » Si les enfants ne se rappellent pas ou s'ils disent « Je ne sais pas » ou « Rien » lorsqu'on leur demande la première fois comment ils ont réagi, rappelez-leur qu'il est parfois difficile de se rappeler les choses mais que, par la suite, ils s'en rappelleront et qu'on pourra en parler à ce moment-là. Demandez également aux participants quelles étaient les bonnes questions, à leur avis, celles qu'on aurait dû formuler autrement et pourquoi.

SECTION 4 : L'EXAMEN PHYSIQUE

4.1. CONSIDERATIONS GENERALES

Le principal objectif de l'examen est de déterminer les éléments cliniques nécessaires pouvant orienter le traitement à administrer à la victime. Suivre systématiquement le formulaire d'examen médical (voir support de collecte des données).

Lignes de conduites générales

- S'assurer que les équipements et les fournitures aient été préparés.
- Toujours observer d'abord la victime, avant de la toucher, et noter son aspect et son état mental.
- Toujours expliquer à la victime ce qu'on va faire et lui demander sa permission avant de procéder
- Lui assurer qu'elle a le plein contrôle, qu'elle peut poser des questions et qu'elle peut interrompre l'examen à tout moment
- Enregistrer les signes vitaux de la patiente (pouls, pression sanguine, fréquence respiratoire et température)
- L'évaluation initiale pourrait relever de graves complications médicales qui doivent être traitées de toute urgence et pour lesquelles la patiente doit être hospitalisée. Parmi ces complications, figurent :
    - vaste traumatisme (région génitale, tête, poitrine ou abdomen),
    - enflure asymétrique des articulations (arthrite septique),
    - déficits neurologiques,
    - difficultés respiratoires

1. Préparation de la victime avant l'examen

- S'assurer qu'une personne de soutien formée/ briefée ou qu'un personnel médical formé/ briefé restent auprès de la victime durant l'examen.
- Limiter au nombre strictement nécessaire les personnes admises dans la salle pendant l'examen ;
- Expliquer tout ce qui va se passer dans chaque phase de l'examen, pourquoi cela est important, qu'est-ce que cela va apporter et comment cela influera sur l'assistance qui sera prêtée.
- Rassurer la victime, en lui disant qu'elle a le plein contrôle du rythme, des temps et des composantes de l'examen.
- Rassurer la victime, en lui disant que les résultats de l'examen seront confidentiels.
- Lui demander si elle a des questions à poser
- Lui demander si elle souhaite qu'une personne particulière soit présente pour le soutenir
- Examiner le formulaire de consentement (voir support de collecte des données) avec la victime. S'assurer qu'elle comprenne tout ce qu'il contient et lui expliquer qu'elle peut refuser de donner son consentement à quoi que ce soit. Une fois qu'on a la certitude qu'elle a entièrement compris le formulaire, lui demander de le signer. Si elle n'est pas en mesure d'écrire, se procurer l'empreinte de son pouce et la signature d'un témoin.
- Procéder le plutôt possible à l'examen.

2. Techniques d'examen physique

L'inspection et la palpation sont les techniques utilisées pour l'examen physique. La percussion et l'auscultation sont également utilisées s'il existe l'équipement médical. Les techniques sont utilisées dans l'ordre suivant :

- Ecouter (entretien)
- Inspecter (regarder)
- Palper (toucher)
- Ausculter (écouter avec un stéthoscope)
- Palper (toucher)
- Percuter (toucher pour écouter les sons)
- Dans certains cas le Toucher rectal ou vaginal peut compléter l` examen

3. Critères de l'examen physique

Critères qui sont essentiels pour un examen physique complet :

- Signes vitaux (température, pouls, respiration et tension artérielle, évaluation de la douleur – lorsque l'équipement est disponible).
- Observation de l'apparence générale et du comportement : habits, état nutritionnel, impression générale.
- Evaluation de la tête aux pieds des principaux systèmes organiques en utilisant les techniques de l'inspection, de l'auscultation, de la palpation et de la percussion.

4.2. METHODES POUR EXAMEN

4.2.1. Evaluation de la tête aux pieds

1° Examen de la tête, du cou et examen oral

Commencez par la tête, inspecter les cheveux et le cuir chevelu pour détecter blessures, sang, enflamment, écorchures et preuves-traces (fibres, feuilles et particules). Des cheveux collants contiennent peut-être du liquide séminal ou organique. Si des preuves sont notées, elles peuvent être collectées à ce stade. Palpez la tête et le cuir chevelu pour tout enflamment et douleur ou sensibilité dans cette région. On palpera en dernier les régions où l'on sait qu'une blessure a été infligée. Une évaluation complète est faite de toute blessure notée.

- Inspectez attentivement le visage, les yeux, le nez, les joues, les oreilles, la mâchoire et la nuque pour détecter toute blessure et douleur lors d'un mouvement normal. Vérifiez pour des blessures en forme d'empreinte, même si aucune n'a été décrite dans les antécédents du survivant. Palpez pour détecter une douleur et une sensibilité. Evaluez entièrement toute blessure constatée. Collectez des preuves tel qu'indiqué.

- Evaluez les lèvres, les dents, l'intérieur des joues, le palais, les gencives, la gorge et la langue du survivant. Demandez au survivant de soulever les lèvres supérieures et inférieures pour évaluer ces endroits. Evaluez entièrement toute blessure constatée.

Note : Rechercher les blessures courantes à la tête, au visage ou au cou :

- Blessures quand les cheveux ont été tirés
- Blessures causées par des morsures (oreilles, nez, joues)
- Blessures causées par un instrument tranchant (coupant le visage) ou par choc (coup de poing dans le nez)
- Les assaillants essayent souvent de faire taire leurs victimes : un chiffon a pu être introduit dans la bouche du survivant pour le réduire au silence. Vérifiez l'existence de telles blessures.
- Des rapports sexuels forcés par voie orale peuvent laisser des blessures aux lèvres, aux gencives, au palais et à la gorge.
- Le cou est souvent un endroit de blessure pendant la violence sexuelle. Recherchez des signes de morsures, plaies par arme tranchante et signes de tentative d'étranglement avec une corde.
- Notez tous les résultats en utilisant des mots et des diagrammes.
  (De : "A Medico-Legal Guide to Crimes Against Women and Children,' by Mc-Quoid-Mason D, Pillemer B, Friedman C et Dada M. Copyright © Dundee University and Independent Medico-Legal Unit, mars 2002, p. 249).

2°Partie supérieure du corps : bras, poitrine, torse

- Inspectez les deux côtés des mains, y compris les ongles. Palpez les mains et les poignets pour voir s'ils sont douloureux ou sensibles. Evaluez entièrement toute blessure constatée. Recherchez d'éventuelles marques sur les poignets qui ont pu être causées par une corde.
- Les plaies sur les bras tenus en position défensive sont connues sous le nom de « plaies de défense » et sont chose courante lors de l'agression sexuelle. Recherchez l'éventuelle présence de bleus, de contusions ou de plaies ouvertes. Evaluez entièrement toute plaie constatée.
  - Evaluez les mouvements des membres (motion, force et égalité).
  - Evaluez les membres blessés pour dépister les signes de fracture. Documentez entièrement.
  - Evaluez pour constater douleurs, crampes ou spasmes musculaires.
  - Evaluez pour les douleurs aux articulations.
- Evaluez la poitrine, les côtes et les seins. Tout résultat anormal devra faire l'objet d'une évaluation plus poussée.
  - Les seins peuvent avoir des blessures s'ils ont été mordus, sucés, pincés, tirés, brûlés, coupés et percés.
  - La poitrine et les côtes ont pu être blessées si elles ont été fouettées, meurtries avec des coups de pied, frappées, poignardées, mordues, coupées (certains survivants ont eu leurs initiales découpées sur leur peau).
  - Evaluez l'apparence générale et la respiration : voyez s'il existe un mouvement égal de la cage thoracique. Evaluez la fréquence respiratoire, voir si les côtes sont sensibles.

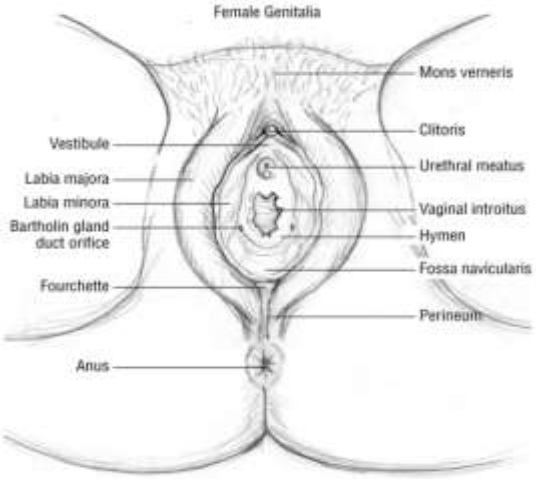
    - Evaluez en cas de toux concernant la durée et la fréquence. En cas de crachats, évaluer la couleur, la consistance et la quantité.
    - Evaluez pour détecter un souffle coupé.
    - Les blessures à la poitrine sont souvent associées à d'autres blessures internes. Evaluez de près si on observe des blessures à la poitrine.
    - Palpez toutes les régions pour voir si elles sont douloureuses ou sensibles ou s'il y a une douleur au mouvement. Evaluez entièrement toute blessure constatée. Notez tous les résultats en utilisant des mots et des diagrammes.
- Evaluez l'abdomen. Tout résultat anormal fera l'objet d'une évaluation plus poussée.
    - Des coups de poing ou des coups de pied à l'abdomen sont chose courante lors de l'agression sexuelle.
    - Examinez visuellement l'abdomen et noter les égratignures et les bleus. Notez la forme des blessures qui laissent à penser à des lésions internes. Un bleu en forme de botte à l'abdomen inférieur peut être corrélé à des lésions de l'intestin grêle.
    - Palpez attentivement l'abdomen entier en faisant attention à la réponse du survivant (expressions du visage ou mouvements de garde indiquent la douleur).
- Examinez le dos : tout résultat anormal fera l'objet d'une évaluation plus poussée.
    - Voyez les signes montrant que la victime a été fouettée, a reçu des coups de pied, des coups de poing, a été poignardée, mordue ; documentez si la blessure est en forme de l'article utilisé pour infliger la blessure (fil électrique, boucle de ceinture).

3°Partie inférieure du corps : fesses, jambes (les parties génitales et périnéales sont traitées séparément dans la discussion suivante)

- Examinez les fesses : tout résultat anormal fera l'objet d'une évaluation plus poussée.
    - Recherchez les signes montrant que la victime a été fouettée, a reçu des coups de pied, des coups de poing, a été poignardée, mordue ; documentez si la blessure est en forme de l'article utilisé pour infliger la blessure (fil électrique, boucle de ceinture).
- Evaluez les jambes et les pieds. Tout résultat anormal fera l'objet d'une évaluation plus poussée.
    - Les jambes, comme les bras, ont pu être liées.
    - Des brûlures de cigares et de cigarettes, généralement sur les plantes des pieds ou les paumes des mains, peuvent également être observées (blessures avec formes distinctes).
    - Evaluez les mouvements des jambes et des bras en ce qui concerne la gamme complète de motion, de force et d'égalité.
    - Evaluez les membres blessés pour dépister les signes de fracture. Documentez entièrement.
    - Evaluez les douleurs, crampes ou spasmes des muscles.
    - Evaluez la douleur des articulations.
    - Voyez si la personne peut s'asseoir, se tourner, se mettre debout et/ou marcher. Evaluez les mouvements et la posture.
- Notez tous les résultats en utilisant des mots et des diagrammes.

4.2.2 Examen génital :

RAPPEL ANATOMIQUE



Parties génitales de la femme

Commissure antérieure, Vestibule, Grandes lèvres, Petites lèvres, Fourchette, Anus, Mont de vénus, Méat urétral, Orifice vaginal, Hymen, Clitoris, Méat urétral, orifice vaginal, fossette naviculaire, périnée

ANATOMIE DES ORGANES GENITAUX DE LA FEMME

- **Mont de Vénus** : Proéminence arrondie créée par le coussinet adipeux qui se situe sur la symphyse pubienne (os pubien) chez la femme.
- **Commissure antérieure** : Union des deux petites lèvres vers le devant (vers le clitoris).
- **Anus** : Orifice anal, ouverture inférieure du tube digestif situé au milieu des plis des fesses.
- **Clitoris** : Petit organe cylindrique et érectile situé dans la partie supérieure de la vulve (couvert par une gaine de peau appelée le capuchon)
- **Fossette naviculaire** : Concavité de la partie inférieure du vestibule située vers l'orifice vaginal et s'étendant vers la fourchette postérieure (commissure postérieure).
- **Fourchette** : Jonction des deux petites lèvres vers l'arrière. Cette zone est appelée la commissure postérieure chez l'enfant avant la puberté. Chez les enfants, les petites lèvres ne sont pas entièrement développées et ne se connectent pas jusqu'au moment de la puberté. Chez la femme après la puberté, cette fourchette est appelée la fourchette postérieure.
- **Orifice de l'hymen** : Ouverture vers le vagin à travers la membrane de l'hymen.
- **Hymen** : Membrane qui recouvre partiellement ou rarement complètement l'orifice vaginal externe. Il est situé à la jonction du plancher vestibulaire et du canal vaginal.
- **Grandes lèvres** : Replis cutanés de peau formant les limites latérales de la vulve.
- **Petites lèvres** : Replis cutanés longitudinaux de tissu à l'intérieur des grandes lèvres. Chez l'enfant, avant la puberté, ces replis vont du capuchon du clitoris jusqu'à la ligne médiane de la paroi latérale du vestibule. Chez l'adulte, ils renferment le vestibule et contiennent l'ouverture vers le vagin.
- **Rectum** : Partie terminale du tube digestif faisant suite au colon sigmoïde et se terminant à l'anus.
- **Utérus** : Organe reproducteur musculaire creux chez la femme.(organe interne avec ovaires et trompes)

- **Vagin** : Canal vaginal chez la femme. Cette structure interne s'étend du col utérin vers l'aspect interne de l'hymen.
- **Vulve** : Parties génitales externes de la femme. Elle comprend le mont de Vénus, le clitoris, les grandes lèvres, les petites lèvres, le vestibule vaginal, l'orifice urétral, l'orifice vaginal, l'hymen et la fourchette

.

1. FEMME ADULTE/ADOLESCENTE

- Dans le meilleur cas, l'examen de la partie génitale est toujours perçu avec hésitation par la plupart des femmes. Le contexte culturel, l'âge, les préférences et les expériences personnelles influencent une survivante avant l'incident d'agression sexuelle. Pour bien des femmes, c'est peut-être le premier examen génital. Ces circonstances, aggravées par la violation sexuelle, font que la survivante aborde avec crainte et appréhension l'examen des parties génitales (examen au spéculum) et recueil de preuves.
- L'attitude de l'examinateur fait toute la différence pour la survivante et la manière dont cette dernière aborde cet examen. Il est important d'avoir une approche dénuée de jugement face à tous les aspects des soins de la survivante. La meilleure approche consiste à avoir une attitude calme, rassurant et attentive qui protège et préserve le droit à l'intimité et la dignité de la survivante.
- Il faut laisser à la survivante autant de contrôle que possible sur la situation : lui permettre de poser des questions, de demander qu'on arrête l'examen, de parler des sensations physiques ou émotionnelles qu'elle traverse.
- Expliquer chaque procédure à la femme avant de commencer l'examen ou le recueil de preuves. Expliquer tout ce qui se passera pendant l'examen. Cela calme les craintes de l'inattendu et aide la survivante à se détendre autant que possible. Il est très important d'avoir la confiance de cette dernière pour une évaluation des parties génitales qui ne soit pas traumatisante du point de vue psychologique. Vérifier que la survivante comprend ce que vous lui avez expliqué. Lui demander si elle a des questions.
- Une fois pris les antécédents, expliquez à la survivante comment l'examen se déroulera. Expliquez-lui que vous allez lui demander de se coucher sur la table d'examen sur son dos. Dites-lui que vous allez mettre un drap sur son abdomen. Cela l'aide à respecter sa pudeur, mais l'agent de santé doit quand même voir le visage de la survivante pendant l'examen et maintenir la communication.
- Indiquez à la survivante que vous allez expliquer chaque étape de l'examen au fur et à mesure et qu'elle peut poser des questions. Si elle souhaite qu'on arrête l'examen à n'importe quel moment, elle peut le faire savoir et vous arrêterez l'examen.
- Avant de toucher la zone sensible du point de vue physique et émotionnel des parties génitales externes de la femme, rappelez-vous TOUJOURS de lui indiquer ce que vous allez faire. Par exemple :
- Indiquez à la femme que vous allez la toucher : « Je vais mettre mon doigt sur la peau autour du vagin » (ajustez le langage pour utiliser un mot que la survivante connaît bien et qui la met à l'aise).
- Evitez les phrases et les mots chargés du point de vue sexuel (vous n'êtes peut-être même pas conscient que vous les utilisez) pendant l'examen, par exemple : « Ecartez vos jambes. » Remplacez cette phrase par, « Laissez tomber vos jambes sur le côté. »

Donnez-lui un drap et demandez-lui d'enlever les habits de la partie inférieure du corps. L'agent de santé tiendra le drap comme un écran devant la femme pendant qu'elle enlève ses habits et s'assoit sur la table d'examen. Cela respecte son droit à l'intimité. Ensuite, le drap est placé sur la femme pour qu'elle puisse se recouvrir à partir de la taille.

Utilisez des oreillers ou des couvertures pour élever sa tête, qu'elle puisse vous voir (agent de santé) et puisse s'exprimer aisément et maintenir le contact visuel tout au long de l'examen.

Demandez à la survivante de mettre ses pieds sur la table et de fléchir ses genoux. En posant vos mains au bord de la table, demandez-lui de faire glisser ses hanches jusqu'à ce qu'elle touche votre main au bord de la table.

Demandez à la survivante de relâcher ses genoux vers l'extérieur juste au-delà de l'angle pour que vous puissiez visualiser clairement le périnée.

(***Note : Si la femme est incapable de se coucher sur le dos pour l'examen, elle peut se mettre de côté avec ses genoux légèrement fléchis.)***

Dites à la femme ce que vous allez observer et évaluer. Par exemple, l'agent de santé peut lui indiquer, « Je vais examiner votre vagin pour voir s'il y a des signes de blessure. Je vais vous toucher délicatement avec mes mains et ensuite, observer pour voir les éventuels signes de blessure. Lorsque j'aurai terminé, je vais marquer ce que j'ai vu. Dites-moi si vous avez mal pendant que je vous examine ou si vous souhaitez que je m'arrête. Est-ce que vous avez des questions ? »

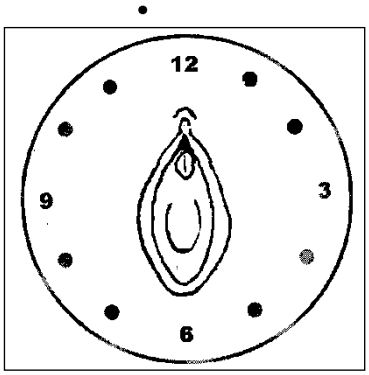
a) L'examen proprement-dit :

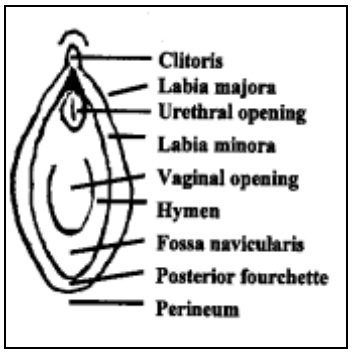
- Commencez par l'intérieur des cuisses, la partie inférieure des fesses et le mont de Vénus (coussinet adipeux en haut de la symphyse pubienne où poussent les poils à la puberté). Inspectez pour noter des blessures telles que des bleus et des égratignures et inspectez également pour noter les sécrétions séchées. Des poils pubiens peuvent être collants à cause du liquide séminal ou autre liquide organique. Palpez la région pour évaluer si elle est douloureuse, sensible et s'il existe des blessures. Evaluez entièrement tous les endroits où des blessures sont notées. Un saignement vaginal, autre que les règles, est une indication pour une consultation du médecin ou du chirurgien et une évaluation plus poussée.
- Inspectez attentivement les parties génitales externes.
- La traction des lèvres permet de visualiser les parties génitales externes. La visualisation est plus facile si l'on sépare les lèvres en utilisant la technique suivante :
    - Utilisez l'index et le majeur des deux mains.
    - Etendez l'index et le majeur tout en retenant l'annulaire et le petit doigt avec le pouce (signe de la paix).
    - Gardez vos mains parallèles de chaque côté des grandes lèvres.
    - Placez les côtés des majeurs sur chaque côté des lèvres.
    - Tournez doucement les doigts des deux mains sur la ligne médiane vers la lèvre opposée.
    - Inspectez les deux côtés des lèvres.

- Pour visualiser les replis, faire passer le majeur sur la ligne médiane vers la lèvre opposée.
- Répétez cette étape de l'autre côté.
- Ensuite, déplacez doucement les deux mains vers le haut pour visualiser la zone du clitoris.
- 10) Une fois terminée, enlevez doucement les doigts.

- Notez toute blessure aux grandes lèvres, aux petites lèvres, au clitoris, au méat urétral, à l'orifice vaginal, à la fourchette (vers l'arrière, les petites lèvres sont connectées par ce pli légèrement transversal) et le périnée (région qui va de l'orifice vaginal vers l'anus). Pour inspecter attentivement chaque endroit, l'examinateur doit déplacer chaque partie qui recouvre une autre.
- Notez toute cicatrice pouvant provenir d'une mutilation génitale précédente.
- Si, dans votre établissement, vous collectez des échantillons, prière de recueillir des écouvillons selon protocole de votre centre. (Note : les échantillons ne seront collectés que par les personnes autorisées et formées pour le faire.

Rappel, si la survivante a été agressée sexuellement alors qu'elle se trouvait sur son dos, les blessures se situent probablement à l'endroit où le pénis est entré en contact avec le périnée. C'est ce qu'on appelle une « blessure d'enfourchement » qui se situe sur la fourchette (dans la position des aiguilles d'une montre à 5 heures et 7 heures).





Clitoris, Grandes lèvres, Ouvertures urétrales, Petite lèvres, Ouvertures vaginale, Hymen, Fossette naviculaire, Fourchette postérieure, Périnée

- Marquez les résultats en utilisant l'orientation de la montre : 12h00 serait la position la plus antérieure ; 3h00, la position la plus proche du côté gauche de la patiente (à la droite de l'examinateur) ; 6h00, la position la plus proche de l'anus de la femme ; et 9h00, la position la plus proche du côté droit de la femme (à la gauche de l'examinateur).

b) Notez les blessures aux parties génitales de la femme

- Ces blessures doivent être décrites de la même manière qu'indiqué ci-dessus (taille, emplacement, couleur, étape de guérison). Il faut également noter les saignements et les douleurs.
- Les blessures constatées le plus souvent lors d'agressions sexuelles sont causées par :
  - L'absence de basculement du bassin pour préparer la pénétration
  - Insertion forcée d'un pénis ou d'un corps étranger dans le vagin
  - Manque de lubrification
  - Manque de relaxation
  - Force accrue de la pénétration

■ Les lacérations vaginales causent des complications graves et durables pour les survivantes de la violence sexuelle. Il est important d'évaluer les lacérations et de déterminer si la survivante risque de développer une fistule. Voir ci-après.

- Les fesses sont généralement séparées pour inspecter la région anale. Evaluez à nouveau le périnée. Evaluez entièrement toute blessure. Palpez doucement la partie anale externe pour noter la douleur et la sensibilité. Evitez de toucher les hémorroïdes externes. Un saignement de la région anale demande une évaluation plus poussée.
- Observez les sécrétions, les corps étrangers, la sensibilité, l'enflamment, les écorchures, les lacérations et les rougeurs. Toute blessure à l'anus et au rectum lors de l'agression sexuelle est généralement due à une distension excessive du sphincter anal a l'aide d'un pénis large ou d'autres objets (bouteille, manche de balai, tison). Evaluez à nouveau pour détecter les déchirures (lacérations), bleus, enflamment, écorchures et rougeurs.

c) Evaluation de la fistule vésico-vaginale (FVV) et recto-vaginale (FRV)

La fistule est une communication anormale entre la vessie et le vagin (fistule vésico-vaginale ou entre le rectum et le vagin (fistule recto-vaginale) . elle est généralement due à un travail dystocique mais peut aussi être le résultat de la mutilation sexuelle.

La fistule vésico-vaginale se caractérise par une incontinence urinaire, une vaginite (écoulement vaginale malodorante) et une infection urinaire à répétition.

La fistule recto-vaginale se caractérise par une incontinence des matières fécales, une infection vaginale et pelvienne.

Son diagnostique se fait sur base d'un examen au speculum et/ou au test de bleu de méthylène.

d) Comment évaluer une survivante aux fins d'orientation vers un centre chirurgical de réparation des fistules.

Posez à la survivante les questions suivantes :

- A-t-elle des pertes vaginales qui sentent mauvais ou qui ont une couleur verdâtre ou jaunâtre ?
- A-t-elle un saignement excessif ou une douleur vaginale ?
- A-t-elle une incontinence urinaire ou des matières fécales ? Utilisez un langage qu'elle connaît bien (par exemple, a-t-elle du mal à contrôler ses urines ou est-ce qu'elle perd ses urines sans s'en rendre compte).

Toute survivante avec une incontinence des urines ou des selles pourrait très probablement avoir une fistule demandant une réparation chirurgicale et doit donc être envoyée au centre chirurgical le plus proche.

L'examen physique pour la fistule demande des compétences avancées avec examen au spéculum. Seuls les agents de santé qui connaissent bien cette technique pourront réaliser un tel examen.

e)Evaluation physique pour l'inflammation pelvienne

L'examen de l'abdomen est essentiel pour le diagnostic.

Un examen attentif devra être fait de toutes les survivantes présentant des douleurs abdominales basses pour détecter l'inflammation des trompes de Fallope et/ou l'endométrite (inflammation du revêtement utérin) se rapportant à l'inflammation pelvienne. Les femmes avec des inflammations pelviennes se plaignent généralement de pertes vaginales et/ou saignements et/ou sensibilité utérine à l'examen pelvien. Douleur abdominale, pertes vaginales, règles irrégulières, douleur à la miction, règles douloureuses, fièvre et parfois, nausées et vomissements, sont des symptômes évoquant une inflammation pelvienne.

Le diagnostic de l'inflammation pelvienne est difficile du fait que les manifestations cliniques sont variées. La probabilité d'une telle inflammation est élevée en présence de l'un ou plusieurs des symptômes susmentionnés chez une femme avec une sensibilité des annexes (sensibilité autour des ovaires/trompes de Fallope), infection du tractus génital inférieur et sensibilité à la motion cervicale. Autres signes possibles : élargissement ou induration de l'une ou des deux trompes de Fallope, masses pelviennes sensibles et sensibilité à la palpation appuyée. Parfois, la température est élevée mais, dans de nombreux cas, elle est normale. En général, les cliniciens devraient pencher du côté sur-diagnostic et traiter les cas soupçonnés.

Une douleur en dessous du nombril à l'évaluation physique devrait entraîner un examen pelvien bimanuel.

1°L'examen vaginal bimanuel

Est l'examen le plus complet pour dépister l'inflammation pelvienne. Mais cet examen demande des compétences avancées et ne devrait être effectué que par des prestataires qualifiés qui ont de l'expérience.

L'examen bimanuel est de nature nettement plus invasive que l'évaluation génitale externe. L'examen bimanuel peut s'avérer traumatisant et, dans certaines cultures, est inacceptable.

Si l'examen bimanuel est impossible pour l'une de ces raisons, on peut réaliser un balayage pelvien de l'abdomen pour évaluer la présence d'une inflammation pelvienne. Les instructions sur la manière de réaliser un balayage pelvien sont données ci-après et les instructions de l'examen bimanuel sont comprises en Annexe.

2° Balayage pelvien

Le prestataire pose une main à plat sur la partie inférieure de l'abdomen et, doucement mais fermement, déplace la paume de la main sur toute la région dans un geste de « balayage. » L'examinateur devra noter si la femme a des douleurs ou si la zone est sensible.

Si l'agent de santé soupçonne fortement une inflammation pelvienne en fonction des antécédents ou de l'examen physique, un traitement médicamenteux sera administré.

2. CONSIDERATIONS SPECIALES POUR LES FEMMES AGEES

Les femmes âgées qui ont subi un viol vaginal courent des risques plus importants de lacérations et de lésions vaginales, ainsi que de transmission d'IST et VIH. La réduction des taux hormonaux, due à la ménopause, entraîne une moindre lubrification du vagin, dont les parois deviennent plus fines et plus fragiles. Utiliser un spéculum fin pour l'examen génital. Si le prélèvement des preuves médico-légales ou le dépistage des IST sont les seules indications pour l'examen, introduire simplement les tampons, sans utiliser le spéculum.

3. EVALUATION PHYSIQUE DES ENFANTS :

Considérations générales :

- Internationalement, un enfant est défini par la Convention sur les Droits de l'Enfant comme une personne âgée de moins de 18 ans, mais les lois nationales peuvent différer.
- Les droits humains universaux, les besoins et aspirations dont on a parlé s'appliquent aussi bien aux enfants SVS, quoiqu'il y ait des limites a leur auto-détermination et leur confidentialité. Il est important d'expliquer a l'enfant ce que vous garderez confidentiel et ce que vous transmettrez à d'autres.
- Lorsqu'on examine des enfants, il est très important de commencer par un examen calme et méthodique, en allant de la tête aux pieds. On procède dans le même ordre que pour l'examen de l'adulte.
- Expliquez à la fille ou au garçon les divers aspects de l'examen génital-rectal avant de l'exécuter. Avec des filles plus âgées, on peut parfois démontrer une légère traction de la peau sur le dos de leur main pour expliquer comment vous allez toucher les lèvres[4]. Utilisez des marionnettes ou des dessins pour leur expliquer.
- Laissez à l'enfant autant d'habits que possible (chemise, etc.). Utilisez des couvertures et des draps pour le couvrir autant que possible pendant l'examen.
- On peut continuer à parler à l'enfant pendant l'examen. On peut demander à des enfants plus jeunes de compter à voix haute, de réciter l'alphabet ou de jouer à un jeu de rimes.
- Rassurez l'enfant et indiquez-lui qu'il doit vous signaler toute douleur ou vous demandez d'arrêter. Dites-lui « On peut arrêter à n'importe quel moment, simplement, dis-le moi. »
- Expliquer à l'enfant ce qui va se passer pendant l'examen, en utilisant des termes qu'il/elle puisse comprendre.
- Avec une préparation adéquate, la plupart des enfants seront en mesure de se détendre et de participer à l'examen.

Le schéma des abus sexuels des enfants est généralement de celui des adultes. Par exemple, il s'agit souvent d'abus répétés. Pour se faire une idée plus précise de ce qui s'est passé, essayer d'obtenir les informations suivantes :

---

[4] Hymel KP, Jenny C: Child sexual abuse. Pediatr Rev. 1996 Jul;17(7):236-49

- La situation à la maison (y a-t-il un lieu sûr où l'enfant va retourner ?) ;
- Comment le viol /abus a-t-il été découvert ;
- Le nombre d'agressions subies et la date de la dernière d'entre elles ;
- S'il y a eu des saignements ;
- Si l'enfant a eu des difficultés de déambulation.

1° Préparer l'enfant pour l'examen

- comme dans le cas des adultes, une personne de soutien ou un prestataire médico-sanitaire en qui l'enfant a confiance doit être présents pendant l'examen.
- Penser à poser, à tout moment pendant l'examen, n'importe quelle question sur des sujets qui l'inquiètent.

- Il est possible que l'enfant souffre et qu'il ne parvienne pas se relaxer à cause de la douleur, dans ce cas, lui administrer du paracétamol ou d'autres simples analgésiques pour soulager sa douleur. Attendre que ces médicaments agissent avant de procéder.
- Ne jamais immobiliser ou forcer un enfant terrorisé et qui fait de la résistance, afin de compléter un examen.
- L'immobilisation et la force font souvent partie de l'abus sexuel et si ces méthodes sont censées aider l'enfant, elles aggravent son état de peur et d'anxiété, en augmentant l'impact psychologique de l'abus.
- Il est utile d'avoir une poupée à portée de la main pour illustrer les procédures et les positions. Montrer à l'enfant les équipements et les fournitures (gants, tampons, etc.) et lui permettre de les utiliser sur la poupée.

2°Exécuter l'examen comme dans le cas des adultes. Dans le cas des enfants les critères particuliers doivent être quand même respectés :

- Noter le poids, la taille et le stade pubertaire de l'enfant. Demander aux filles si elles ont eu leurs premières règles. Dans l'affirmative, elles risquent de tomber enceintes.
- Les bébés peuvent être examinés sur les genoux de leurs mères s'ils sont un peu plus âgés, ils doivent pouvoir choisir : assis sur une chaise, placés sur les genoux de leur mère ou couchés sur le lit.
- Examiner l'anus, l'enfant à plat ventre ou en position latérale. Eviter la position avec les genoux repliés contre la poitrine, souvent utilisée par les agresseurs.
- Vérifier l'hymen en saisissant entre deux doigts les lèvres au niveau du bord postérieur et en les tirant délicatement vers l'extérieur et le bas. Noter l'emplacement d'éventuelles lacérations récentes ou cicatrisées dans l'hymen et la muqueuse vaginale. La quantité de tissu hyménal et les dimensions de l'orifice vaginal ne sont pas des indices significatifs de pénétration.
- L'examen digital (évaluation des dimensions de l'orifice vaginal selon le nombre de doigts qui peuvent y être introduits) ne doit pas être effectué.
- Vérifier l'éventuelle présence de pertes vaginales. Chez les filles pré-pubères ; des échantillons vaginaux peuvent être prélevés à l'aide d'un tampon en coton stérile sec.
- **Ne pas** utiliser un spéculum pour examiner les pré-pubères ; il est extrêmement douloureux et peut provoquer des graves lésions.
- Le spéculum doit être uniquement utilisé si l'on soupçonne une lésion vaginale pénétrante ou saignement interne. Dans ce cas, l'examen au spéculum d'une fille pré-pubère est généralement effectué sous anesthésie générale. Selon les endroits, adresser l'enfant à un service médical de niveau supérieur.

- Chez les garçons, vérifier l'éventuelle présence de lésions au niveau du frein du prépuce, ainsi que de pertes anales ou urétrales ; si nécessaire, prélever des tampons.
- Effectuer l'examen anal sur les garçons et les filles
- Noter sur le pictogramme l'emplacement d'éventuelles crevasses ou lacérations anales.
- La dilatation anale réflexe (ouverture de l'anus sous l'effet de la traction latérale exercée sur les fesses) peut être symptomatique d'une pénétration anale, mais aussi d'un état de constipation
- L'examen digital pour évaluer la tonicité du sphincter **ne doit pas** être effectué.

3°Tests de laboratoire

Dans certains endroits, le dépistage de la gonorrhée, de la chlamydia (par culture), de la syphilis et du VIH est effectué pour tous les enfants dont on soupçonne qu'ils ont été violés. La présence de ces infections peut être symptomatique d'un viol (s'il est improbable que l'infection ait été acquise dans la période prénatale ou à la suite d'une transfusion sanguine). Suivre le protocole local.

- **Si l'enfant est très agité**

Dans de rares cas, l'enfant ne peut pas être examiné car il est très agité. **Seulement** dans les cas où l'enfant ne peut pas être calmé et que son traitement est vital, l'examen peut être effectué sous calmants, en utilisant un des médicaments suivants :

- diazépam, par voie orale, 0,15 mg/kg de poids corporel ; maximum 10 mg ;
  Ou chlorhydrate de prométhazine, sirop, par voie orale ;

  * 2-5 ans : 15-20 mg

  * 5-10 ans : 20-25 mg

Ces médicaments ne calment pas la douleur. Si l'on estime que l'enfant souffre, **lui donner un simple analgésique**, par exemple du paracétamol (1-5 ans : 120-250 mg ; 6-12 ans : 250-500 mg). Attendre que ce médicament agisse avant de procéder.

Il faut attendre 1 à 2 heures avant que les calmants administrés par voie orale agissent.

- Entre-temps, l'enfant doit reposer dans un lieu tranquille.

4. EXAMEN GENITAL DE LA PETITE FILLE

L'examen des parties génitales chez une petite fille avant la puberté est fait dans les positions suivantes : position de la grenouille, position de la grenouille assise sur les genoux de la mère ou position à quatre pattes (voir images) :

(Le matériel suivant est adapté en grande partie de " Evaluating the Child for Sexual Abuse" Lahoti SL - Am Fam Physician, Mar 2001 ; 63(5) : 883-92 and from "Child Sexual Abuse" Hymel KP & Jenny C – Pediatrics in Review, Juillet 1996; 17(7) 236-242.)

(position de la grenouille), (position à quatre pattes) portée par la mère)

Dans la position de la grenouille, l'enfant est couché sur le dos avec les genoux écartés. Si l'enfant est anxieux, on peut faire l'examen pendant qu'il est assis sur les genoux de sa mère. Dans cette position, l'enfant peut voir ce que fait l'examinateur et refuser si elle n'est pas d'accord avec ce qu'elle voit.

Dans la position à quatre pattes, l'enfant est mis sur le ventre avec les genoux, la poitrine et la tête en contact avec la table. Dans cette position, on peut évaluer les parties génitales externes, le vestibule vaginal et certaines parties de l'hymen. Souvent, il est nécessaire de réaliser un examen dans la position à quatre pattes pour confirmer ou exclure des anormalités de l'aspect postérieur de l'hymen. Dans la position à quatre pattes, lorsque les lèvres sont doucement relevées et séparées, on peut évaluer l'hymen postérieur, le vagin et l'anus. (Le terme antérieur est utilisé pour se rapporter à la partie de l'hymen qui est la plus proche de l'avant du corps et le terme postérieur à la partie de l'hymen qui est la plus proche du dos du corps de l'enfant). MAIS : La position à quatre pattes est une position inconfortable et dégradante pour l'enfant et ne sera utilisée que s'il est impossible d'obtenir une visualisation claire dans les autres positions.

Là aussi, ces positions sont pour des filles qui n'ont pas encore atteint la puberté. Les filles qui ont déjà eu leur puberté peuvent être examinées dans la même position qu'une femme adulte, couchées sur le dos avec les genoux fléchis.

L'examen au spéculum ou l'examen bi manuel n'est pas réalisé pour les filles avant l'âge de la puberté car le manque d'œstrogènes (et le manque d'élasticité dans ce tissu) rend cet examen extrêmement douloureux.

La position de l'examen pouvant influencer les résultats, il est important de noter la position dans laquelle l'enfant a été examiné. L'utilisation de la traction des lèvres

permet de mieux visualiser l'hymen. Les grandes lèvres sont doucement tirées en arrière entre le pouce et l'index avec une force appliquée vers le bas et l'extérieur (voir figure 1 ci-dessus).

Généralement, le site de l'observation est décrit en visualisant l'anneau de l'hymen à l'exemple des aiguilles d'une montre : 12h00 serait la position la plus antérieure ; 3h00, la position la plus proche de la gauche de l'enfant (à la droite de l'examinateur) ; 6h00, la position la plus proche de l'anus de l'enfant et 9h00, la position la plus proche de la droite de l'enfant (à la gauche de l'examinateur). La recherche a montré que l'insertion d'un objet animé ou non animé) dans le vagin d'un enfant provoque davantage un traumatisme de l'anneau postérieur de l'hymen, à savoir dans la position 3h00 à 9h00.

Note : L'utilisation d'une loupe aide à faire cet examen.

1° Mythes sur l'hymen et examen de l'hymen

Il est important que les participants connaissent les différentes variantes de l'anatomie pédiatrique pour reconnaître les signes de traumatisme.

Note au formateur : L'examen de l'hymen fait partie de l'examen de l'agression sexuelle sur un enfant. Mais c'est important que les participants sachent qu'il existe de nombreux mythes concernant l'hymen et que l'examen de l'hymen peut être une question très délicate dans certaines cultures. En plus, la quantité de tissu de l'hymen n'est pas un indicateur sensible de la pénétration.

Avant d'introduire l'anatomie de l'hymen, organisez une brève discussion sur les mythes se rapportant à l'hymen. *(De : "A Medico-Legal Guide to Crimes against Women and Children,' by Mc-Quoid-Mason D, Pillemer B, Friedman C and Dada M. Copyright © Dundee University and Independent Medico-Legal Unit, mars 2002, p. 284).*

- Demandez aux participants : « Est-ce qu'on peut se baser sur l'apparence de l'hymen pour déterminer si une fille est encore une vierge ou si elle a été agressée sexuellement ? »
  - **Réponse** : Non. Un hymen déchiré ne signifie pas que l'enfant n'est pas vierge ou qu'une agression a eu lieu.

- Demandez aux participants : « Est-ce que l'hymen peut se déchirer lors de certains sports, par exemple, si ont fait de la bicyclette ? »
  - **Réponse** : Non. L'hymen ne peut pas être déchiré lors de sports ou blessures de « chevauchement. »

Autres points à souligner :

- Les filles n'insèrent pas d'objet dans le vagin car cela peut faire mal. Tout comportement d'un enfant qui insère, par exemple, un bâton dans son vagin est probablement copié sur une agression sexuelle précédente.
- Lorsqu'on décrit le tissu de l'hymen, il ne faut pas utiliser de mots comme « intact » ou « déchiré. » Il faut décrire les blessures ou l'absence de blessure.

Discutez d'autres conceptions erronées ou faits à propos de l'hymen.

2° Anatomie de l'hymen :

Il existe plusieurs configurations « normales » de l'hymen. Certaines des plus courantes sont discutées et indiquées ci-après (les images sont comprises dans le manuel du participant).Ce sont les formes annulaires, en forme de croissant, en forme de poignet, cloisonné et redondant. (*Les définitions suivantes sont adaptées de Gardern, R: True and False Accusations of Child Sex Abuse: a Guide for Legal and Mental Health Professionals. Cresskill, NJ, 1992.*)

Hymen annulaire

1) Annulaire : C'est la configuration la plus simple. L'orifice de l'hymen est représenté par un cercle relativement égal. C'est un trou circulaire qui peut varier de diamètre allant d'un petit point à un orifice élargi qui ne laisse pratiquement pas d'hymen du tout, juste un anneau. La configuration en forme de poignet est également annulaire mais plus épaisse à la circonférence de l'orifice. La plupart des examinateurs compétents conviennent que le type d'hymen de cercle parfait n'est pas courant.

Hymen en forme de croissant

2) En forme de croissant ou de fer à cheval ou en forme de U : L'orifice est représenté par une demi-lune ou un croissant. Le fond de la forme en U se trouve en position postérieure (proche de l'anus). Le tissu de l'hymen semble être pendu du haut vers le bas (position antérieure).

Hymen cloisonné 1

3) L'hymen cloisonné est une partition ou un mur qui divise deux espaces ou cavités. Un hymen avec plusieurs partitions (généralement verticales) comporte deux orifices parallèles ou plus (mais également verticaux).

Hymen redondant 1

4) Redondant (denticulé, plissé, frangés, dentelés) La configuration est en forme de dents avec tailles différentes dans l'orifice. Quand ils sont relativement petits, ils ont une forme d'apparence en dents de scie (dentelés). Vu qu'ils sont également dirigés vers l'intérieur de l'anneau, ils sont en franges.

La configuration redondante est très courante. Les projections du tissu de l'hymen sont appelées acrochordons et bosses. L'œstrogène a pour effet d'épaissir l'hymen et d'augmenter la formation de ces projections redondantes dans l'orifice de l'hymen. Aussi, avant la puberté, les filles sont plus susceptibles d'avoir plus de redondances que les fillettes plus jeunes. Les espaces entre ces projections sont souvent appelées entailles et fentes. Elles sont distinctes des déchirures et lacérations, qui font soupçonner l'insertion d'un objet, d'un pénis ou de doigts au-delà de l'hymen, dans la cavité vaginale. Les entailles et les fentes ne s'étendent pas vers l'extérieur (ou la périphérie) de l'hymen, alors que c'est le cas pour les déchirures et les lacérations. Par ailleurs, les entailles ont des bords arrondis alors que les lacérations et les déchirures ont des bords nets. Les déchirures et les lacérations sont entourées de tissus de différentes couleurs suivant le temps qui s'est écoulé entre le traumatisme et le moment de l'examen. Il ne faut pas mesurer l'ouverture de l'hymen car ces résultats ne sont absolument par concluants.

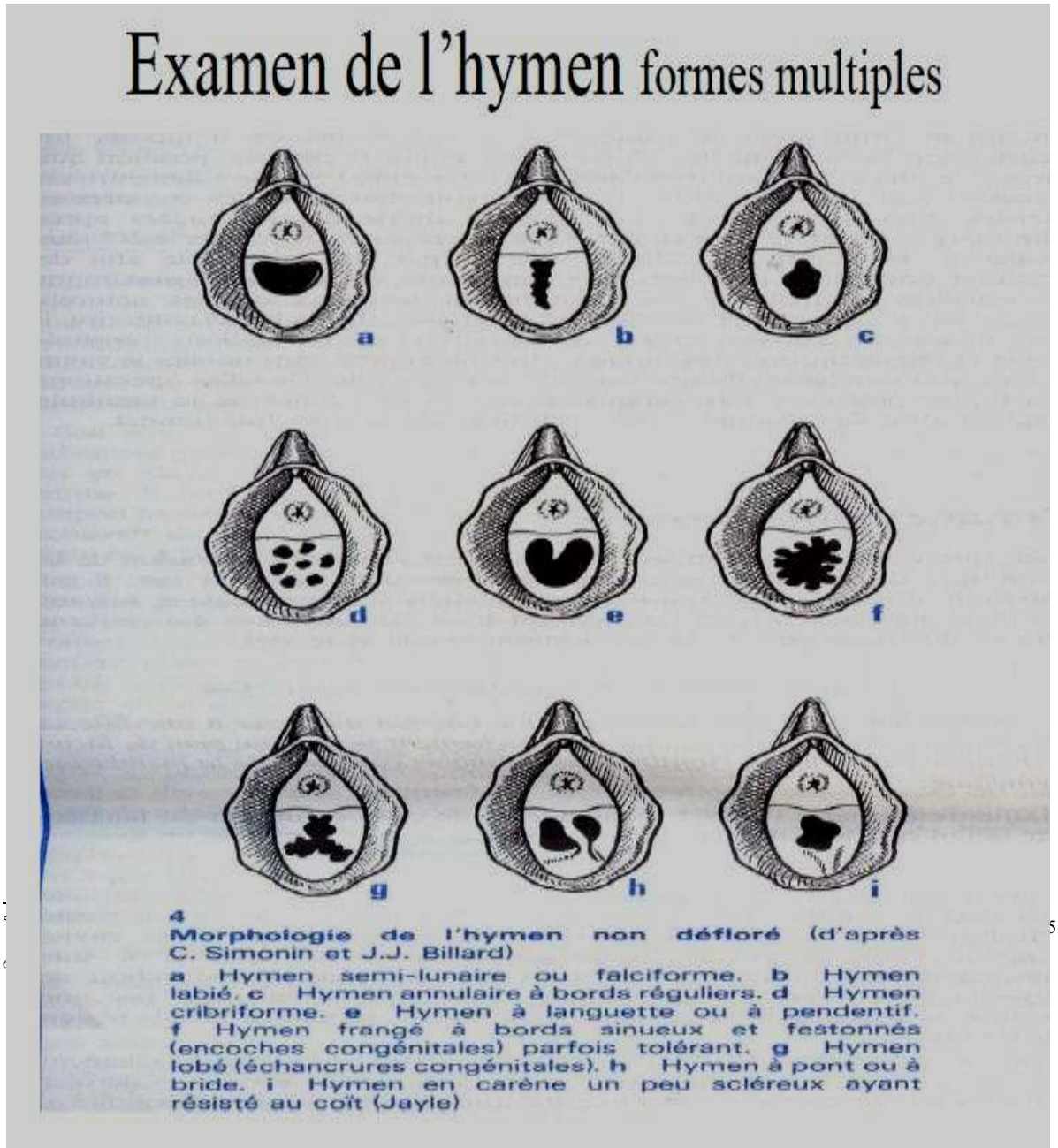
Fillette de 6 ans ayant indiqué une pénétration vaginale digitale par un cousin. Notez la déchirure partielle de l'hymen à la position 6h00 (flèche)e et les abrasions à la base de l'hymen à la position 7h00 (en dessous de la flèche). Heppenstall-Heger, A et. al, Healing Patterns in Anogenital Injuries: A Longitudinal Study of Injuries Associated With Sexual Abuse, Accidental Injuries, or Genital Surgery in the Preadolescent Child Pediatrics 2003 112: 829-837 .

Il est important que les participants sachent que les enfants qui survivent à une violence sexuelle, très souvent, n'ont PAS de signes physiques. D'ailleurs, c'est le cas pour tous les survivants de la violence sexuelle. Aussi, l'absence de résultats physiques ne signifie pas que l'enfant n'a pas été violé. Le tissu des muqueuses est élastique et peut être étiré et guérir

facilement ; les écorchures et fissures superficielles peuvent guérir dans les 24 à 48 heures.[5] Les blessures peuvent guérir facilement et le survivant ne vient pas se faire soigner immédiatement, il est probablement impossible d'indiquer si des blessures sont présentes ou non.

Les examinateurs devraient documenter attentivement ce qu'ils observent. Les résultats génitaux peuvent être divisés en trois catégories[6] : résultats normaux, résultats non spécifiques, résultats spécifiques (résultats qui sont le diagnostic d'un traumatisme pénétrant) et résultats définitifs (présence de sperme). Là aussi, les examinateurs doivent indiquer ce qu'ils observent en mots et doivent marquer l'observation sur les diagrammes de la documentation. Les examinateurs doivent marquer :

- La présence de cicatrices, bleus, lacérations, saignements, lésions, ulcères, éruptions cutanées ou pertes des parties génitales externes
- La présence ou l'absence de tissu de l'hymen et forme de l'ouverture, si visible
- L'emplacement des résultats sur l'hymen (en utilisant les orientations s'inspirant de la position des aiguilles d'une montre)
- Les cicatrices, bleus, lacérations, saignements, lésions, ulcères, éruptions cutanées ou pertes des parties génitales externes sur l'orifice, le vagin, la fourchette postérieure ou



4
Morphologie de l'hymen non défloré (d'après C. Simonin et J.J. Billard)
a Hymen semi-lunaire ou falciforme. **b** Hymen labié. **c** Hymen annulaire à bords réguliers. **d** Hymen cribriforme. **e** Hymen à languette ou à pendentif. **f** Hymen frangé à bords sinueux et festonnés (encoches congénitales) parfois tolérant. **g** Hymen lobé (échancrures congénitales). **h** Hymen à pont ou à bride. **i** Hymen en carène un peu scléreux ayant résisté au coït (Jayle)

le périnée ou l'intérieur des cuisses. Ce sont des résultats qui concordent avec l'agression mais qui ne permettent pas indépendamment d'établir le diagnostic de l'agression. L'examinateur devra noter de tels résultats mais ne pas établir de diagnostic écrit sur le dossier médical.

Hymen défloré

7
Conformation de l'hymen défloré
(D'après C. Simonin et J.J. Billard.)

1 Hymen semi-lunaire après défloration (déchirure unique, médiane, postérieure, située à 6 h). **2** Hymen semi-lunaire après défloration (2 déchirures latéro-postérieures) à 5 h et à 7 h. **3** Hymen labié après défloration (rupture à la partie postérieure). **4** Hymen annulaire après défloration (quadruples déchirures situées dans le quadrant postérieur, à 3, 5, 7, 9 h). **5** Hymen annulaire transformé après plusieurs accouchements (lambeaux irréguliers : caroncules myrtiformes). **6** Hymen biperforé après défloration (rupture en pont et postérieure).

Le tableau suivant récapitule les résultats les plus courants :

Signification des résultats ano-génitaux de l'évaluation de l'agression sexuelle chez l'enfant		
Résultats ano-génitaux normaux et non spécifiques	**Résultats physiques qui font soupçonner l'agression sexuelle**	**Résultats physiques qui établissent le diagnostic du traumatisme pénétrant**
Acrochordons de l'hymen	Fentes ou entailles dans la partie postérieure de l'hymen s'étendant presque jusqu'au plancher vaginal confirmé dans toutes les positions.	Lacérations aiguës ou ecchymose de l'hymen
Bosses de l'hymen	Verrues vaginales, également connues sous le nom de condylomes ou verrues vénériennes chez un enfant de plus de deux ans sans antécédents de contact sexuel ; c'est une infection sexuellement transmissible	Absence de tissu de l'hymen dans la partie postérieure
Adhésions des lèvres Fentes ou entailles dans la partie antérieure de l'hymen Pertes vaginales Rougeur génitale ou anale Peau autour de l'anus Fissures anales Dilatation anale à l'examen	Dilatation anale, immédiate et marquée Traces cicatricielles anales	Transsection guérie ou séparation complète de l'hymen Lacération anale profonde Grossesse sans rapports sexuels consensuels
Information de Hymel KP, Child JC. Sexual abuse. Pediatr Rev 1996; 17: 236-50, and Adams JA. Evolution of a classification scale: medical evaluation of suspected child sexual abuse. Child Maltreatment (In press).		

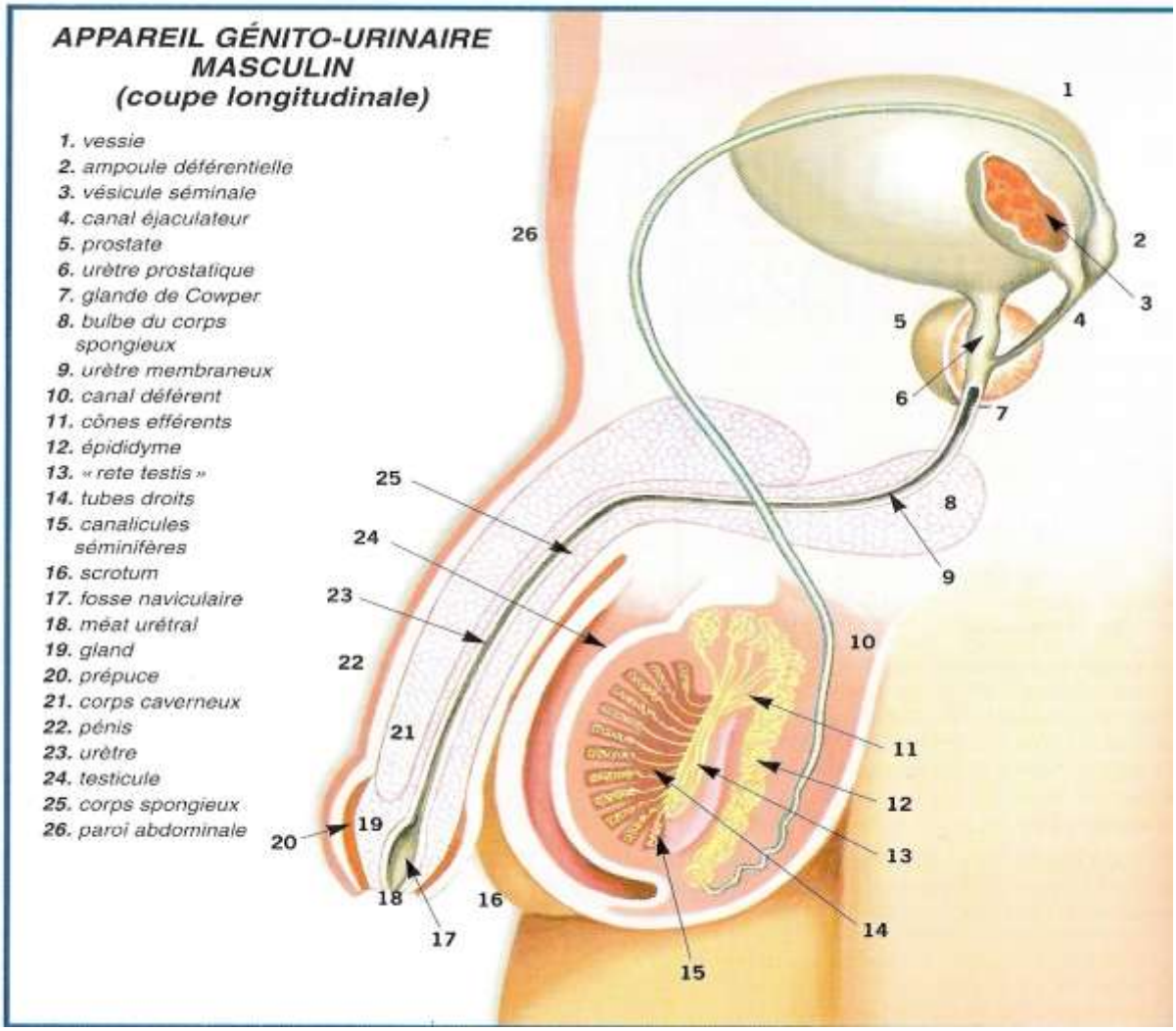
N.B : Il existe une nette différence entre les blessures sexuelles et ce que l'on appelle les blessures de « chevauchement » qui résultent d'accidents, lorsque l'enfant tombe par exemple sur une bicyclette. La blessure dans ce cas est occasionnée par le choc entre le tissu mou et l'objet ou l'os. Ces blessures surviennent généralement à l'os pubien. Elles sont asymétriques

et ne touchent que les parties externes des lèvres. Par contre, la blessure sexuelle tend à être postérieure (là où il n'y a pas d'os sous-jacent) à la ligne médiane et à l'intérieur du vagin ou à l'intérieur des lèvres.

Après l'examen, indiquez à la fille qu'elle doit parler de tout ce qui la préoccupe et demandez-lui si elle a des questions à propos de l'examen. Insistez bien sur le fait qu'elle n'a rien fait de mal, qu'elle a survécu à quelque chose de traumatisant et utilisez des techniques de communication thérapeutique qui sont constructives. Faites preuve d'empathie et de renforcement positif.

5. EXAMEN GENITAL : l'Homme adulte et le jeune garçon

RAPPEL ANATOMIQUE



Crète coronale : Partie la plus large autour des glands.

Ejaculation : Libération de liquide procréateur par l'urètre masculin. L'éjaculation peut contenir des spermatozoïdes mais ce n'est pas forcément le cas.

Prépuce : Capuchon de peau qui recouvre le gland du pénis. Pendant l'érection, le prépuce se retire vers l'arrière juste après la crête coronale. Chez l'homme circoncis, le prépuce a été enlevé.

Frein du prépuce : En dessous du pénis, avec une texture différente. Cette région est très sensible à la stimulation.

Gland : Renflement conique du pénis. Cette « tête » du pénis est très sensible à la stimulation. Avec un diamètre généralement plus grand que le corps de la verge, le gland est responsable de la plus grande sensation lors des rapports sexuels.

Pénis : Organe masculin de la reproduction et de la miction.

Périnée : Région entre la base du scrotum et de l'anus. En dessous de la peau se trouvent plus de chambres qui se remplissent avec du sang lors de l'érection, comme pour le pénis.

Scrotum : Sac comprenant les testicules, juste en dessous du pénis.

Sperme : Liquide épais libéré par l'homme pendant l'éjaculation. Ce sont des liquides de diverses glandes plus les spermatozoïdes.

Corps de la verge : Partie cylindrique du pénis située entre le gland et le corps qui sont remplis par des chambres vasculaires. Ces chambres se remplissent avec du sang et le corps de la verge se durcit, d'où l'érection. Contrairement aux animaux, l'homme n'a pas d'os pour assurer la rigidité.

Testicules : Deux glandes sphériques dans le scrotum qui produisent le sperme. Le sperme est emporté par des cordons spermatiques avec le liquide produit par la prostate et les vésicules séminales pour produire le sperme qui est éjaculé ensuite. Un des cordons est appelé l'épididyme et c'est la différence dans la longueur des deux épididymes qui fait qu'un testicule est légèrement plus bas que l'autre.

Ouverture urétrale : A la fin du pénis, cette ouverture est le canal par lequel s'écoulent l'urine et l'éjaculation (sperme).

Les garçons peuvent s'asseoir, être couchés sur le dos ou rester debout pour l'examen des parties génitales. L'examinateur doit examiner le pénis, les testicules et le périnée pour noter les morsures, écorchures, bleus ou ecchymoses de succion, cicatrices, lacérations, saignements, lésions, lacérations, ulcérations ou éruptions cutanées. Pour examiner l'anus, les garçons peuvent être couchés de côté ou dans la position à quatre pattes. Là aussi, l'examinateur doit noter la présence de cicatrices, bleus, lacérations, saignements, lésions, ulcérations ou éruptions cutanées.

Après l'examen, indiquez au garçon qu'il peut parler de tout ce qui le préoccupe et lui demander s'il a des questions à propos de l'examen.

N.B. : Comme pour les filles qui ont été violées, les survivants masculins d'un viol sont très embarrassés et traumatisés psychologiquement. Cela peut encore être aggravé par les croyances culturelles. Les garçons après la puberté, s'ils ont été violés par voie anale, ont pu avoir une érection ou même éjaculer. Rassurez le survivant en lui indiquant que, si c'est arrivé **pendant ce viol, cela n'était pas quelque chose qu'il aurait pu contrôler, c'est une réaction de** réflexe. Cela peut profondément bouleverser le survivant.

SECTION 5 : COMMENT DOCUMENTER LES LÉSIONS

Il est important de savoir comment documenter les lésions :

N.B. : Toutes les lésions susceptibles d'être rencontrées lors d'agression sexuelle doivent faire l'objet de description complète.

Il peut s'agir :

A. Un traumatisme fermé

Le traumatisme fermé est causé par l'application d'une force au corps par un objet non tranchant ou lorsque le corps est forcé sur une surface comme un mur ou la terre. Le traumatisme fermé peut être divisé en quatre grandes catégories : **égratignures, bleus, lacérations** et **fractures** du système squelettique.

1) Une lacération de la peau ou d'un tissu due à un choc ou à des forces de cisaillement.

- Les lacérations sont produites par des objets émoussés et non pas des objets tranchants.
- Les lacérations sont dues à toute force qui déchire, écrase, étire, écarte, plie et cisaille.
- Les bords d'une lacération tendent à être déchiquetés et irréguliers avec des régions de contusion ou d'abrasion.
- Souvent, les bords de la plaie d'une **déchirure** ou d'une **lacération** seront tuméfiés (de l'impact).
- Les **déchirures** ou **lacérations** comportent souvent des **« preuves-traces, »** ce sont des preuves pour suivre la trace (remonter la piste) qui aident. **« Toute preuve-trace »** aide un examinateur à identifier l'environnement dans lequel se trouvait le survivant au moment de la blessure ou qui était la personne qui l'a attaqué. Dans le cas d'une **déchirure ou lacération, les preuves-traces** sont souvent des choses comme de l'herbe, de l'écorce, de la terre ou de la graisse qu'on trouve à l'intérieur de la plaie.

Que faut-il examiner et indiquer :

- Indiquer l'emplacement de la plaie
- Indiquer la taille de la plaie
- Indiquer la couleur et la texture de la plaie
- Indiquer toute preuve-trace (terre, herbe) trouvée dans la plaie
- Evaluer les signes et symptômes pouvant dénoter une infection.

- **Rappel** : Ce sont des contusions produites par un choc qui causent des **lacérations** aux organes internes, même s'il n'y a pas de **déchirure externe.**
  - Les examinateurs doivent s'en souvenir quand un survivant indique un choc à la **cavité thoracique**.

- Le foie, la rate et les reins ont pu souffrir d'une contusion
- Toute douleur à l'abdomen et au flanc doit faire soupçonner un traumatisme interne
- Des urines rouges avec du sang sont un autre signe d'une contusion interne
  - A l'examen : tout signe de sensibilité/distension du haut de l'abdomen
  - Bleus dans la région des flancs

Un survivant qui présente des signes ou symptômes de lacérations d'organes internes doit être transféré, si possible, vers un établissement pour soins d'urgence. La principale

préoccupation, c'est le saignement interne ou l'hémorragie interne (saignement abondant qui peut s'avérer fatal). L'apport de liquides maintiendra la stabilité du survivant. Si l'établissement peut faire une transfusion intraveineuse, c'est la meilleure manière d'apporter des liquides à un survivant souffrant de saignement interne

2) Une rougeur et un enflamment :

L'œdème (enflamment**)** concerne l'élargissement d'organes, de peau ou d'autres structures organiques suite à une accumulation excessive de liquides dans les tissus. L'enflamment**)** peut être localisé ou alors, sur le corps entier (œdème généralisé).

- Indiquer l'emplacement de la rougeur/ enflamment**)**
- Indiquer la taille de la rougeur/ enflamment**)**
- Indiquer la couleur de la peau

Indiquer la gravité de l'enflamment**)** (comparé à la zone correspondante de l'autre côté du corps

3) Une égratignure :

- Indiquer l'emplacement de l'égratignure
- Indiquer la taille de l'égratignure
- Indiquer la couleur de l'égratignure
- Noter l'existence d'une croûte (peut aider à corroborer la durée depuis la blessure).

Une **égratignure est** une écorchure superficielle de la peau d'où une blessure des couches superficielles de la peau. Les égratignures surviennent lorsque la peau est écorchée sur un objet de surface, par exemple, lorsque la personne est tirée sur le sol. Les égratignures d'impact ou de pression surviennent quand la force est dirigée de manière perpendiculaire vers la surface de la peau, par exemple, en tombant par terre ou en frappant une personne avec un instrument ou une arme. Les égratignures d'impact peuvent contenir un mode ou une empreinte de l'objet qui a touché la peau.

4) Un **bleu ou une contusion** est une région d'hémorragie ou de saignement dans les tissus mous provenant de la rupture de vaisseaux sanguins suite à un choc. Les contusions ne concernent pas seulement la peau, mais les organes internes peuvent également être endommagés si une grande force est appliquée. Les contusions peuvent être imprimées en fonction de l'objet qui a frappé la peau.

- Les bleus changent de couleur. **Mais** ce n'est pas à l'**agent de santé** de décider depuis quand le bleu existe. DE FAIT, il doit reconnaître la taille, la couleur, la forme, les contours, l'emplacement et l'apparence du bleu. Il est impossible d'indiquer l'âge d'un bleu en fonction de sa couleur. Les bleus sont souvent **rouges à bleus** au début, puis **violets et, qua**nd le pigment sanguin se décompose, le bleu devient vert, jaune et brun.
- Les bleus peuvent être **imprimés,** ce qui signifie que leur forme/caractère prend la forme de l'objet qui les causés :
    - un bleu causé par une ceinture peut avoir la même forme qu**e la ceinture,**

- les bleus autou**r du co**u peuvent avoir la même taille que les doigts si le survivant a été étranglé avec les doigts,
- si un survivant indique qu'il a été frappé par un objet spécifique, voyez si vous notez « l'impression » d'un tel bleu dans cette région

● Les **bleus** sous les yeux et dans les tissus mous du visage peuvent provenir d'un coup au nez. D'autres bleus ne vont pas forcément apparaître à l'endroit où le survivant à été frappé à cause du flux sanguin vers les tissus après la blessure.

Le bleu peut être caché par la couleur naturelle de la peau qui le recouvre et c'est pour cela qu'il faut dépister toute sensibilité et demander au survivant **s'il** a noté un bleau/changement de couleur difficile à reconnaître ou **s'il** a noté une douleur ou sensibilité que vous avez du mal à trouver pendant l'examen.

5) **Une fracture**

Un **os cassé** ou une **fracture** peut être produit par une force directe ou une force indirecte, telle que traction, étranglement, compression et force rotationnelle. En cas de fracture, si l'os ne sort pas par la peau qui couvre l'endroit de la fracture, on l'appelle une fracture fermée.

Par contre, si l'os fracturé sort par la peau, c'est une fracture ouverte. Elle peut survenir quand un objet tranchant pénètre dans la peau et cause une fracture à l'impact. Lorsqu'une partie fracturée de l'os est exposée à l'extérieur, il y a nettement plus de risque d'infection. Des antibiotiques devront être donnés pour aider à prévenir l'infection.

Les fractures instables sont plus douloureuses que les fractures stables et le moindre mouvement peut être source de grande douleur. Si la fracture est stable, elle est douloureuse, mais pas aussi douloureuse qu'une fracture instable lorsque les fragments de la fracture se déplacent.

Que faut-il examiner et documenter :

- Indiquer l'emplacement de la fracture (ou de la fracture soupçonnée)
- Indiquer comment la fracture est probablement survenue selon le récit du survivant (souvent, le survivant indiquera qu'il ou elle a entendu l'os se rompre, comme un bruit de claquement)
- Indiquer la couleur de la peau autour de la fracture
    - noter si l'endroit est enflé, la température de la peau, les bleus ;
    - si la fracture se trouve au bras ou à la jambe, comparé à l'autre bras ou jambe pour décrire le degré de déformation
- Indiquer les limitations de mouvement du survivant à cause de la fracture possible
- Evaluer pour détecter les éventuels signes/symptômes d'infection si l'os est exposé/la peau ouverte

Autres types de contusions

Une contusion (ou traumatisme fermé) peut également entraîner rougeur et enflamment des tissus.

Rougeur (érythème)

La rougeur de la peau ou des muqueuses est produite par un afflux sanguin accru des capillaires en réponse au traumatisme. La rougeur a également d'autres causes, telles que l'infection et la réaction allergique. Noter l'emplacement, la taille de la zone et la sensation qu'éprouve le survivant (douleurs, brûlures et démangeaisons).

B) Traumatisme ouvert

Classification, documentation des blessures :

L'examen doit être systématique, (de la tête aux pieds) avec inspection du corps entier, notamment les « zones cachées » (bouche, mains, cuir chevelu, plantes des pieds). Chercher à dépister des blessures chez une survivante en se guidant par le récit des faits.

Par exemple : une SVS qui dirait :

• Que deux solides soldats lui ont écarté les jambes de force ;

• Qu'elle a été violée tout en étant maintenue allongée dans la poussière du dehors

• Qu'elle a perdu connaissance après avoir été frappée à la tête

Les blessures qui résultent d'une « force mécanique » (frapper, enfoncer, molester), poignarder, blesser par balle sont divisées en « traumatismes fermés »et « plaies ouvertes. » Nous commencerons par le traumatisme fermé ou la contusion**.**

C) Traumatismes génitaux :

Des égratignures, hématomes et lacérations peuvent être observés sur les parties génitales externes des femmes et des enfants qui ont été les victimes de violence sexuelle, qui causent des contusions des organes sexuels.

Les survivantes féminines de la violence sexuelle auront des contusions anales ou vaginales.

Où se situe la contusion génitale ?

C'est la fourchette postérieure qui subit le plus de stress en cas d'étirement forcé et c'est le premier point de contact du pénis avec le vagin et c'est donc à cet endroit qu'on note le plus souvent des traumatismes.[7] Les petites lèvres, l'hymen et la fossette naviculaire sont d'autres endroits où surviennent souvent les contusions.

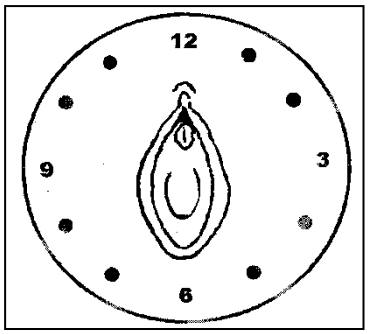
Douleur et saignement accompagnent les blessures vaginales. Il faut les documenter et les évaluer car ces douleurs et ces saignements peuvent être le résultat de petites déchirures dans la fourchette, rougeur, abrasion ou hématome.

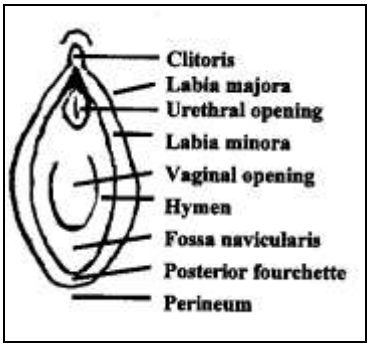
[7] Lauber & Souma, 1982; Slaughter et al., 1997

L'agression anale chez la femme ou l'homme entraîne également des contusions : rougeur, enflamment, saignement, lacérations des muqueuses, fissures. Chez les garçons, il faut examiner le pénis. Abrasions et hématomes sont les diagnostics les plus courants.

Voyons quelques images du classeur nous montrant des exemples de contusions vaginales, anales et péniennes. Ces blessures doivent être décrites des mêmes manières que décrites ci-dessus (taille, emplacement, couleur, stade de guérison, etc.). Il faut également noter les saignements et la douleur.

a)Documenter les blessures génitales chez la femme





Il est utile d'utiliser une montre pour décrire l'emplacement (par exemple, à 3 heures ou à 7 heures selon les aiguilles d'une montre) pour les blessures génitales. Les blessures à la fourchette se situent le plus souvent entre 5 heures et 7 heures.

Les blessures que l'on constate le plus souvent lors de l'agression sexuelle sont causées par :

- Le manque d'ouverture pelvienne préparant la pénétration
- L'insertion forcée d'un pénis ou d'un objet étranger dans le vagin
- Le manque de lubrification
- Le manque de relaxation
- La force accrue de la pénétration
- La différence de taille entre l'objet qui pénètre et l'ouverture vaginale

Les lacérations vaginales peuvent avoir de graves et longues complications pour les survivantes de la violence sexuelle. Il est important d'évaluer les lacérations et de déterminer si une survivante court le risque de développer une fistule.

Et s'il n'existe pas de traumatisme génital ?

Rappel : Le traumatisme génital n'est pas une conséquence inévitable de la violence sexuelle et l'absence de traumatisme génital ne signifie pas que la personne n'a pas été violée.

- Les blessures guérissent avec le temps.
- Il est difficile de visualiser le traumatisme génital sans agrandissement.
- Une victime qui ne résiste pas (traumatisée, immobilisée) risque de ne pas avoir de blessure visible.

7) Blessures avec des objets tranchants

Ces blessures peuvent être dues à une « force mécanique » (tout ce qui frappe, enfonce, coupe) provoquées par l'utilisation d'un « objet tranchant. »

Ce type de blessure provoquée par des objets tranchants ou pointus se divise en deux grandes catégories : les plaies par arme tranchante et les plaies par incision.

Les couteaux, le verre, les lames de rasoir ou autres outils tranchants peuvent couper ou inciser la peau. Il existe trois types de plaies :

- coupures (ou plaies incises)
- plaies par arme tranchante (plaies incisées par pénétration)
- plaies fendues.

Ces plaies saignent plus abondamment que les contusions. La priorité pour tout survivant qui présente une plaie par arme tranchante consiste à arrêter les saignements et à traiter la perte de sang avant l'arrivée à l'établissement de santé.

Coupures

- Par définition, elles sont plus longues que profondes
- Franges coupées de manière nette (pas d'écorchure, pas d'hématome)
- Généralement, peu de « preuves-traces » dans les coupures, à moins qu'il n'y ait du verre dans la coupure

Plaies par arme tranchante

- Causées par un objet pointu qui est forcé à l'intérieur (ou enfoncé ou en tombant sur quelque chose)
- La plaie indique le type d'objet qui l'a causée
- La profondeur dépasse la largeur
- Les organes vitaux ont pu être touchés suivant l'emplacement de la plaie (une plaie par arme tranchante dans les poumons peut causer un pneumothorax).

Plaies fendues

- Plaies causées par une arme lourde ou un instrument avec un bord très tranchant (hache, machette)
- Causées par la force et la profondeur ; la plaie peut avoir des caractéristiques tant de la contusion que de la plaie par arme tranchante.

Les plaies par armes tranchantes

- Indiquer l'emplacement de la plaie
- Indiquer la taille de la plaie
- Indiquer la couleur/forme de la plaie
- Indiquer la présente ou l'absence de résidus de balle d'arme à feu (poudre, particules ou petites hémorragies) autour de la plaie. Toute arme ou tout fragment d'arme doit être gardé et étiqueté.
- Généralement, on a trois caractéristiques des blessures par arme à feu : plaie à l'entrée, piste du projectile (blessures internes) et plaie à la sortie. Essayez de décrire toutes les plaies. Les descriptions exactes et les photos de ces plaies sont très utiles pour corroborer le récit.

8) Les brûlures

Parfois, les survivants souffrent de brûlures. On connaît ces récits de soldats violant des femmes avec des barres de fer chaud. En Sierra Leone, les soldats brûlaient des maisons des femmes et des enfants qu'ils avaient violés. Au Bangladesh, l'acide sulfurique est souvent utilisé par les hommes comme arme pour punir les femmes qui refusent leurs propositions de mariage. Ces brûlures chimiques, à l'instar de toute autre brûlure, peuvent être très dé figurantes et peuvent mettre la vie en danger.

Les brûlures peuvent être classées en 6 groupes différents selon le mécanisme : ébouillanté, brûlures au contact, feu, chimique, électrique et radiation. Nous nous concentrerons sur les trois premières.

- Les blessures par ébouillantage sont causées par des liquides, de la graisse ou de la vapeur. On peut encore une fois les diviser par éclaboussures et immersion.
- Les brûlures sont divisées en brûlures par irradiation et flammes.
- Les brûlures chimiques sont causées par des agents chimiques qui détruisent la peau.

Il faudra évaluer les survivants qui ont été brûlés pour déterminer la taille/profondeur de la brûlure et la présence de brûlures d'inhalation. La profondeur d'une brûlure est généralement classifiée selon les degrés de brûlure.

Brûlures du premier degré

La brûlure du premier degré entraîne des lésions mineures de la peau. Cette blessure se distingue par la rougeur, la sensibilité et la douleur. Il n'y a PAS d'ampoule. Elle guérit toute seule et le risque d'infection est minime. Les brûlures par irradiation et les coups de soleil sont les causes principales de ces brûlures du premier degré.

Brûlures du second degré

Des brûlures superficielles à épaisseur partielle et profondes à épaisseur partielle sont les deux types de brûlure du second degré. Une partie de la peau reste intacte et, par conséquent, le corps peut guérir tout seul. Les brûlures superficielles partielles-épaisses causent des ampoules remplies de liquide. Ces brûlures sont roses, humides et molles et elles font très mal. Elles guérissent en 2 à 3 semaines.

Les brûlures profondes à épaisseur partielle s'étendent dans les couches profondes de la peau. La peau est généralement rouge et blanche et les capillaires se remplissent à nouveau lentement. Les ampoules sont épaisses et se rompent couramment. La peau a perdu toute sensation. Pour les brûlures profondes à épaisseur partielle, les tissus peuvent guérir en l'espace de 3 à 6 semaines (s'il n'y a pas d'infection).

Ces brûlures guérissant moins vite, elles comprennent plus de cicatrices. Si la brûlure couvre tout un membre ou si elle est autour d'une articulation, la peau peut se contracter et les mouvements seront gênés pendant que la brûlure guérit.

Brûlures du troisième degré

Les brûlures du troisième degré sont des brûlures qui détruisent même les couches les plus profondes de la peau. La peau brûlée a une apparence blanche ou elle paraît comme du cuir et le survivant n'a pas de sensation. Ces brûlures guérissent rarement par elles-

mêmes. Les immersions dans de l'eau bouillante, les flammes, les produits chimiques et les blessures d'électricité à voltage élevé causent des brûlures du troisième degré.

Brûlures du quatrième degré

Des brûlures du quatrième degré causent une destruction épaisseur complète de la peau et des tissus sous-cutanés, concernant le muscle, les os ou autres structures sous-jacentes. Ce sont souvent des brûlures fatales.

Documenter les brûlures

- Indiquer la taille et l'endroit de la brûlure.
- Indiquer ce qui a causé la brûlure.
- Indiquer le degré de la brûlure.
- Indiquer tout écoulement.
- Indiquer la douleur, l'érythème et l'enflamment.
- Comparer les membres brûlés à ceux qui ne sont pas brûlés.
- Documenter les brûlures « imprimées » (où la brûlure a la forme de l'objet qui l'a causée).

SECTION 6 : EXAMEN NEUROLOGIQUE

Les survivants des violences sexuelles peuvent présenter des lésions émotionnelles et /ou neurologiques selon le traumatisme subi (psychique ou physique), l'examen approprié s'avère nécessaire pour décrire l'état du patient.

6.1. L'évaluation psychologique de la victime

Concerne les antécédents psychiatriques, la notion de traitements psychotropes, la présentation de la victime (faciès triste, ralentissement psychomoteur), l'existence de signes de stress post-traumatique récent (réactions de sursaut, anxiété, labilité thymique, obnubilation, anesthésie affective), ou secondaires (troubles du sommeil avec cauchemars, troubles des conduites alimentaires, anxiété, troubles de la thymie, troubles somatoformes, conduites phobiques, rituels obsessionnels), l'existence de conduites délirantes, de confusion ou perplexité, de conduites additives. Le comportement de la victime sera également rapporté : agressivité verbale, repli sur soi, mutisme, inhibition, confusion, auto-accusation, calme anormal.

Il est important de décrire la présentation de la victime et son état psychologique au moment de l'examen.

- **Bilan neuropsychiatrique en cas d'un traumatisme crânio-encéphalique**

I. Anamnèse
   - Notion d'une perte de connaissance ?
   - Capacité à décrire les événements ?

II. Bilan physique
   - Lésions
     i. Du cuir chevelu ? Plaie ?
     ii. Osseuse : embarrure ?
     iii. Crânio-encéphalique ?
   - Vomissement ?
   - Crise convulsives

III. Bilan neuropsychiatrique
   - Fonctions intellectuelles
     i. Cognitives
        1. Etat e conscience (éveillé, somnolent semi-comateux, comateux)
        2. Mémoire : rétrograde, antérograde, immédiat, à court terme, à long terme
        3. Orientation : temporelle (temps), spatiale (lieu)
        4. Attention
        5. Concentration : jour de la semaine
     ii. Troubles perceptifs : hallucinations ?
     iii. Troubles de la pensée
        1. Déroulement : dysarthrie ? aphasie ?
        2. Contenu : délire, phobie, obsession

- Troubles affectifs
    i. Humeurs
    ii. Emotions
    iii. Sentiments
- Troubles comportemental : Agitation, inhibition, anéantissement

CHAPITRE 4 : COLLECTE DES PREUVES MEDICO-LEGALES

4.1. INTRODUCTION

Le but de l'examen médicolégal est de rassembler et de documenter les preuves nécessaires chez la survivante. Celles ci pourront aider à prouver ou contester tout lien entre les personnes et/ou les objets ou lieux.

Les preuves médicolégales peuvent être utilisées pour étayer le récit d'une victime, confirmer un contact sexuel récent, démontrer l'usage de la force ou la contrainte et identifier éventuellement l'agresseur. Une collecte et un stockage en bonne et due forme des preuves médicolégales peuvent être décisifs pour l'engagement par la victime de poursuites judiciaires.

Une attention particulière doit être portée aux mécanismes existants de recours légal et aux moyens d'analyse au niveau local des échantillons lorsqu'il s'agit de déterminer si un examen médico-légal doit ou non être accordé à une victime. Il convient de prendre en considération les exigences et les compétences de la justice pénale locale ainsi que l'aptitude des laboratoires locaux à analyser les preuves.

Même si votre centre de santé n'a pas les moyens de rassembler des preuves médico-légales, un dossier clair et détaillé du récit de l'agression par la survivante et toute preuve de lésion observée au cours de l'examen physique peuvent aider la survivante à opter pour des poursuites judiciaires.

4.2. OBJECTIFS DE FORMATION

4.2.1. Objectifs spécifiques

- A la fin du chapitre, le participant sera capable de collecter les preuves médico-légales chez les SVS

4.2.2. Objectifs opérationnels

Lorsqu'il sera appelé à collecter les preuves médico-légales chez les SVS, le participant devra être capable de **:**

- Donner les raisons de recueillir les preuves médico-légales
- Décrire les types de preuves médico-légales pouvant être recueillies
- Décrire comment prélever et emballer correctement les échantillons et conserver la chaîne des preuves médico-légales
- Déterminer le rôle légal du médecin/prestataire dans l'administration de la justice
- Expliquer comment répondre à une réquisition à médecin
- Expliquer comment présenter les résultats aux Cours et Tribunaux si on y est invité

4.3. RESSOURCES

4.3.1. Matériels didactiques

- Flipchart + Marqueur
- LCD + Lap top + Magnétoscope
- Module de formation de PEC des VSS
- Images/photos
- DVD : les âmes brisées, CRS
- Matériel audiovisuel pour projeter le film (lecteur de DVD, Téléviseur)
- Tableau noir + craies
- un dossier avec : - le programme

Durée : 2H

4.4. METHODES DE TRAVAIL

4.4.1. La Méthodologie

- Exposés suivis de discussions
- Brainstorming
- Exercices pratiques
- Projection du film/DVD : les âmes brisées, CRS
- Etudes des cas

4.4.2. Activités du formateur

- Expliquer les objectifs d'apprentissage
- Introduire le chapitre par un rappel des résultats de l'examen clinique et montrer les avantages des preuves médicolégales
- Projeter le film puis demander aux participants de décrire les images vues
- Expliquer les raisons de collecter les preuves médicolégales
- Discuter avec les participants sur les préparatifs de collecte des preuves et le consentement éclairé
- Poser les questions aux participants pour les amener à décrire les types des preuves médicolégales
- Donner les informations correctes pour contrecarrer les mythes de l'examen de l'hymen
- Décrire le prélèvement, l'emballage, la conservation et la transmission des preuves
- Donner les instructions pour l'exercice de remplissage du certificat médical
- Expliquer comment répondre à une réquisition à médecin
- Poser les questions aux participants
- Répondre aux questions de clarifications
- Faire la synthèse de la matière

4.4.3. Activités du participant

- Participer activement à la séance
- Poser des questions de clarification
- Répondre aux questions posées
- Participer aux exercices
- Suivre le film et interpréter les images vues
- Evaluer la séance

4.5. CONTENU

4.5.1. Pourquoi collecter les preuves médico-légales

- Pour confirmer un contact sexuel récent
- Pour démontrer qu'il y a eu un emploi de la force ou de moyens de coercition
- Pour confirmer le récit de la victime
- Si possible, pour identifier l'agresseur
- Pour déterminer la gravité du préjudice subi par la victime

4.5.2. Les types de preuves médico-légales pouvant être recueillies

a) Consentement éclairé

Vous devez obtenir le consentement de la patiente avant de recueillir les preuves.

- Expliquer chaque étape du processus.
- Dire comment les preuves seront utilisées, conservées, et partagées.
- Réitérer que les preuves sera recueillies au cours de l'examen initial, mais que plus tard, elle peut choisir de les utiliser ou de les détruire.

La patiente peut décider de ne pas autoriser la collecte de preuves. Respectez son choix. Toutefois le médecin ou le prestataire doit décrire les lésions constatées de la manière la plus détaillée possible.

Il faut bien expliquer les avantages de la collecte des preuves médico-légales :

- Les preuves recueillies peuvent lui permettre d'obtenir une réparation juridique.
- Les preuves peuvent être recueillies uniquement au cours de l'examen initial.
- Le processus de collecte est relativement simple, et il se déroule pendant l'examen.
- Les preuves recueillies n'ont pas besoin d'être utilisées.

Il faut bien expliquer les inconvénients de la collecte des preuves médico-légales :

- La collecte de preuves peut prolonger l'examen physique.
- Il n'existe aucune garantie que la patiente puisse présenter son cas à un tribunal.
- Si elle présente son cas à un tribunal, il n'y a aucune garantie que son agresseur soit reconnu coupable.

N.B. Il faut collecter les preuves médico-légales le plus tôt possible après la violence (dans 72 heures) pour déterminer la gravité du préjudice subi par la victime.

Le fait de documenter les blessures et de prélever les échantillons (sang, cheveux, salive, et sperme…) dans les 72 heures qui suivent l'agression, peut contribuer à confirmer le récit de la victime et à identifier son/ses agresseur(s). Si la victime se présente plus de 72 heures après le viol, la quantité et le type de preuves collectées dépendent de chaque situation spécifique.

b) L'Evaluation à visée médicolégale

Eléments de l'évaluation :	**Description**
1) Récit écrit de l'agression	• **L'entretien sert à connecter l'agression à l'examen physique.** • **Le récit oriente l'évaluation physique** Les antécédents réunis pendant l'entretien sont les suivants : Récit de l'agression et documentation à l'appui explicite, claire et concise. *Dans la plupart des cas, les antécédents seront pris lors de l'entretien initial. Pendant l'entretien, il est important d'essayer d'obtenir les informations suivantes :* 1. Heure, date et lieu de l'agression 2. Description des événements de l'agression 3. Blessures gardées/plaintes courantes (pertes vaginales, saignement, etc.) 4. Armes ou objets utilisés 5. Contexte physique 6. Formes physiques de violence (morsures, brûlures, etc.) 7. Formes sexuelles de violence (pénétration du vagin, de l'anus/rectum par le pénis, un doigt, un corps étranger ; rapports sexuels par voie orale, autre violence génitale) 8. Nombre d'assaillants 9. Utilisation de drogues 10. Documenter l'entretien et les résultats de l'examen de manière claire, complète et objective sans porter aucun jugement 11. Evaluer et documenter de manière exhaustive l'état physique et émotionnel de la victime 12. Documenter avec précision les déclarations importantes faites par la victime, par exemple les menaces proférées par l'agresseur. 13. Ne pas avoir peur de noter le nom de l'agresseur, mais utiliser des tournures du type « la patiente affirme » ou « la patiente raconte » 14. Eviter d'utiliser le mot « présumé », car il pourrait faire penser que la victime a exagéré ou menti.

Eléments de l'évaluation :	Description
2) Résultats concernant les blessures constatées lors de l'examen physique	Ces résultats sont guidés par l'information obtenue lors de l'entretien. Lorsque l'examinateur observe des blessures qui n'ont *pas* été expliquées lors de l'entretien initial, il/elle posera des questions ouvertes demandant au survivant comment cette blessure est survenue.
3) Evaluation et descriptions du type de blessure	Rappel : l'évaluation et la documentation de toute blessure aux fins d'évaluation médico-légale demande que <u>les caractéristiques</u> soient prises en compte en ce qui concerne une plaie. **Description des caractéristiques des blessures corporelles NOTÉES** Utiliser si possible la terminologie acceptée, à savoir, écorchure, contusion, lacération, plaie ouverte, blessure par balle. ✓ Endroit : documenter la position anatomique de la/des blessure(s). ✓ Taille : mesurer les dimensions de la/des blessure(s). ✓ Forme : décrire la forme de la/des blessure(s) (par exemple, droite, courbe, irrégulière). Zones contiguës : noter l'état des zones contiguës ou des tissus situés à proximité (par exemple, contusion, gonflement). ✓ Couleur : observer la couleur est particulièrement important dans la description des contusions. ✓ Sens : commenter la direction dans laquelle la force a été apparemment appliquée (par exemple dans le cas d'écorchures). ✓ Contenu : noter la présence de tout corps étranger dans la plaie (par exemple, des poussières, du sable, du verre, échardes dans les lacérations, herbes, cailloux dans les abrasions, etc.). ✓ Age : commenter toute preuve de cicatrisation/guérison. (Noter qu'il est impossible d'identifier avec précision l'âge d'une blessure, commenter avec précaution cet aspect (couleur, présence de croûte, etc.) ✓ Pourtour : le pourtour de la/des blessures peut fournir un indice sur l'arme utilisée. ✓ Profondeur : indiquer la profondeur de la/des blessure(s); une estimation devra en être donnée.
4) Documentation photographique si possible et faisable	S'il est possible de prendre des photos, les blessures peuvent être documentées de la manière suivante et avec le consentement explicite du survivant : • Photos prises de près des blessures de la victime, bleus, abrasions et lacérations infligés récemment. Marquez sur la photo le sujet, la date et l'heure à laquelle elle a été prise. Les blessures peuvent être photographiées avec ou sans échelle de taille. Cette échelle peut être une règle ou un objet de taille standard (une pièce de monnaie).

Eléments de l'évaluation :	Description
	• Une seconde photo prise à distance moyenne montrant le visage de la victime aux fins d'identification. ***Note : Il est nécessaire d'obtenir le consentement du survivant pour la photographie.***
5) Prélèvement et conservation des preuves	• Il est important de maintenir à tout moment la chaîne des preuves pour faire en sorte que celle-ci soient admissibles au Tribunal (Correctement prélevées, étiquetés et stockées). • Les preuves médico-légales doivent être prélevées pendant l'examen médical qui comprend : - un examen physique général -Un examen des organes génitaux **N.*B : Une description correcte des lésions englobe donc la description des lésions du corps entier puis celles des organes génitaux, du périnée et de l'anus qui est capitale dans la collecte des preuves médicolégales chez la femme et la jeune fille tout comme chez l'homme et le jeune garçon***

4.5.3. Prélèvement, emballage des échantillons et conservation de la chaîne des preuves médico-légales.

Il est important de maintenir à tout moment la chaîne des preuves pour faire en sorte que celles-ci soient admissibles au Tribunal (Correctement prélevées, étiquetés et stockées).

Dans l'espoir que la RDC dispose des laboratoires performants, les prélèvements doivent être effectués et éventuellement envoyés dans un laboratoire à l'extérieur en appliquant les précautions d'usage :

Pourquoi prélever en cas d'agression récente ?

- Dans un but médico-légal pour rechercher des spermatozoïdes, ou autres tissus (cheveux, salive, sang…) et permettre une identification génétique de l'agresseur si possible.
- Dans un but médical pour évaluer l'état de santé initial de la victime (bilan de référence).

En cas d'agression ancienne, les prélèvements sont réalisés :

- Dans un but médical pour dépister au plus tôt les complications (grossesse, IST/VIH et autres infections).

1) Prélèvements médico-légaux en cas d'agression récente

Les prélèvements réalisés pour les analyses à visée génétique sont guidés selon les déclarations de la victime, les constatations cliniques et le contexte).

Tous les prélèvements doivent être :

- réalisés avec des GANTS.
- identifiés (site de prélèvement) et numérotés dans l'ordre de réalisation.
- étiquetés rigoureusement : nom de la victime, siège, date et heure du prélèvement.
- répertoriés dans le certificat médical initial et le dossier clinique de la victime (Nombre et sites de prélèvements).
- saisis et scellés par les enquêteurs.

a) Recherche de spermatozoïdes

Dans certains centres où un biologiste de proximité est disponible, cette recherche est effectuable rapidement. Le résultat de cette recherche peut alors être mentionné dans le certificat médical initial.

Prélèvement avec pipette et étalement sur lame puis fixation à la laque (ou écouvillon sec) selon les recommandations du biologiste référent qui effectue la coloration et la lecture.

b) Prélèvements en vue d'analyses génétiques

Ces prélèvements ont pour but de recueillir des cellules provenant du/ des agresseurs pour établir ses/leurs empreintes génétiques et les comparer à celles de la victime.

Ils sont acheminés par les enquêteurs au laboratoire spécialisé de biologie moléculaire, s'il existe, qui est saisi par le magistrat.

c)Prélèvement de sperme pour identification sur spermatozoïdes

Conditions :

- Le plus tôt possible après l'agression,
- Sans toilette préalable,
- Avec un spéculum ou un anuscope non lubrifié,
- Écouvillons de coton sec (type écouvillon pour bactériologie),
- Séchage indispensable 30 à 60 minutes à l'air libre après leur prélèvement, avant de les replacer dans leur tube protecteur,
- au mieux congélation à – 18° C, à défaut conservation à 4° C possible pendant 48 h.

SITES des prélèvements : 4 prélèvements par site.

Le choix des sites de prélèvements est orienté selon les déclarations de la victime :

- vulve et périnée,
- vagin (cul-de-sac vaginal postérieur, parois vaginales),
- de l'exo col et de l'endocol,

- anus,
- bouche sous la langue, derrière les incisives et sur les amygdales,
- peau [compresse humidifiée (1 cm^2) pour essuyer la zone tachée, sécher].

Selon le site, le délai écoulé depuis l'agression au-delà duquel il devient illusoire de retrouver des spermatozoïdes est variable.

Limite des délais de réalisation des prélèvements en fonction des sites

Vagin : 72 à 96 heures

Anus : 72 heures

Bouche : 48 heures

Peau : 24 heures

d) Prélèvements de poils ou de cheveux découverts sur la victime ou ses vêtements

- Si possible avec le bulbe
- Conserver dans une enveloppe en papier kraft à température ambiante
- Pas de délai

e)En cas de morsure de la victime par l'agresseur

- Avant toute toilette et désinfection
- Ecouvillonnage pour prélèvement de salive
- Délai de 24 heures
- L'écouvillon humidifié (sérum physiologique) puis 1 écouvillon sec par zone de morsure
- Faire sécher avant de replacer dans le tube protecteur
- Conservation à température ambiante

f) En cas de griffure par la victime sur l'agresseur

- Prélèvements en raclant sous les ongles de la victime ou en coupant les ongles
- Prélèvement sous chaque doigt, en identifiant chaque main
- Compresse humidifiée (sérum physiologique) montée sur un bâtonnet ou sur une cytobrosse
- Faire sécher
- Conserver dans une enveloppe en papier kraft à température ambiante

g) Les vêtements tachés (salive, sang, sperme), ainsi que tout support inerte (Textile, mouchoir papier, préservatif…) portés lors des faits doivent être conservés dans du papier kraft et remis aux enquêteurs.

- Faire sécher à l'air ambiant si besoin
- Enveloppe de papier kraft
- Conservation à température ambiante
- Pas de limite de délai pour réaliser les analyses sur les supports inertes.

Longtemps après l'agression, ces supports peuvent servir de preuve médico-légale en raison de la conservation indéfinie des spermatozoïdes à l'air libre.

h) Identification de la victime

- Sur sang de la victime
  - Prélever 2 x 4,5 ml de sang sur tube EDTA
  - Conservation à 4°C
- Sur grattage intra-buccal
  - Si refus de la prise de sang, si enfant en bas âge ou si transfusé récent
  - 4 prélèvements sur cytobrosse, à la face interne de chaque joue (2 de chaque côté) (Une main à plat sur la joue, avec l'autre on frotte la cytobrosse en la tournant une dizaine de fois pour racler le revêtement muqueux)
  - Faire sécher avant de replacer la brosse dans l'emballage d'origine
  - Conservation à température ambiante

i) La recherche d'une éventuelle grossesse relève du domaine médical

Au moindre doute, dosage plasmatique ou urinaire des béta-HCG et échographie (confirmation et datation). Il est à noter que la grossesse peut être antérieure, faire suite au viol, ou même être postérieure aux évènements de viol.

j) Recherche des infections sexuellement transmissibles

Les tests pour les infections sexuellement transmissibles ne sont généralement pas utilisés comme preuve médico-légale. Une IST préexistante pourrait être utilisée contre la victime au tribunal.

k) Prélèvements locaux

Les prélèvements sont guidés par le contexte. Les échantillons sont acheminés vers le ou les laboratoires correspondants.

- En cas de signe d'appel, faire des prélèvements spécifiques (Herpès…).
  En cas de pénétration vaginale, en raison des conséquences gynécologiques potentielles et de la possible latence de ces IST, il paraît indispensable de réaliser au minimum les prélèvements suivant :
  1. Examen standard et recherche de gonocoques au niveau du col utérin
  2. Recherche de chlamydia au niveau cervical et urétral (par PCR sur les urines).

Sites de prélèvement	**Germes recherchés**	**Matériel**
COL/VAGIN	Standard Gonocoque Chlamydia Trachomatis	2 écouvillons secs 1 écouvillon + milieu Stuart milieu Chlamydia
URÈTRE	Gonocoque Chlamydia Trachomatis	1 écouvillon + milieu Stuart milieu Chlamydia

URINE	Standard Chlamydia T par PCR	ECBU 1er jet d'urines
ANUS	Gonocoque	1 écouvillon + milieu stuart
GORGE	Standard Gonocoque Chlamydia Trachomatis	2 écouvillons secs 1 écouvillon + milieu stuart Gargarisme au sérum phys. + milieu chlamydia

l) Bilan sérologique et biologique

Bilan sérologique initial recommandé :

- VIH 1 et 2
- VDRL, TPHA
- HTLV
- Hépatite B: Ag HBs, Ac anti-HBc, Ac anti HBs
- Hépatite C
- Chlamydia, Herpès
- Bêta-HCG (Femme en Age de Procréer).

Commentaires :

- Hépatite B : nous recommandons de réaliser la recherche des 3 marqueurs sauf en cas de certitude de vaccination complète, en raison de la méconnaissance fréquente des victimes à ce sujet.
- Chlamydia, Herpès : ces sérologies n'auront de valeur qu'en cas de séroconversion à un mois.

m) Suivi biologique et sérologique ultérieur : calendrier recommandé

En cas d'agression sexuelle récente :

1°Bilan à 1 mois après l'agression : il comprend

La Sérologie VIH 1 et 2, avec éventuellement charge virale VIH 1 en cas de suspicion clinique d'une primo-infection à VIH.

En cas de traitement antirétroviral préventif (PPE): contrôle de la sérologie VIH un mois après l'arrêt du traitement, soit deux mois après l'agression si la victime a pris son traitement pendant un mois.

- Ag HBs, Ac anti-HBc : inutile si Ac anti-HBs positif sur le bilan initial
- Hépatite C

- Transaminases
- Bêta-HCG

Germe recherchés après prélèvement

- Chlamydia, Herpès, si les sérologies initiales sont positives.

2°Bilan à 3 mois après l'agression

Sérologies VIH 1et 2

En cas de traitement antirétroviral prophylactique : le contrôle de la sérologie VIH s'effectue trois mois après l'arrêt du traitement, soit quatre mois après l'agression si la victime a pris son traitement pendant un mois.

- HTLV
- VDRL-TPH
- Ag HBs, Ac anti-HBc : inutile si Ac anti-HBs positif sur le bilan initial
- Hépatite C
- Transaminases.

3°Bilan à 6 mois après l'agression :

- Sérologies VIH 1et 2
- Hépatite C
- Transaminases.

Adaptation du bilan en fonction du délai écoulé depuis l'agression :

En cas d'agression récente :

- Bilan sérologique initial
- Contrôle du bilan sérologique et des transaminases à 1 mois, 3 mois, 6 mois et 12 mois.

En cas d'agression ancienne de moins de 1 an :

- Bilan sérologique initial
- Contrôle sérologique adapté en fonction du délai écoulé depuis l'agression.

En cas d'agression ancienne de plus de 1 an :

- Bilan sérologique initial unique.

4°Bilan pré-thérapeutique

En cas de mise en route en urgence d'un traitement antirétroviral, un bilan sanguin pré thérapeutique est effectué selon la prescription du médecin référent des accidents d'exposition au risque de transmission du VIH. Bilan sanguin habituellement recommandé :

- NFS, plaquettes
- Ionogramme, créatinine

- Bilan hépatique: transaminases, gamma-GT, bilirubine totale, phosphatases alcalines
- Amylase, lipase.

n) Recherche des toxiques
But : Identifier une soumission médicamenteuse ou toxique en cas d'agression récente.

Indications

- ***Signes d'appels :*** Confusion, **amnésie**, ivresse, hallucinations, hébétude, malaise… Signes neurovégétatifs : hypotonie, hypotension, bradycardie…
- ***Déclarations de la victime*** alléguant une intoxication volontaire ou non (alcool, toxiques, médicaments…).

Moyens

Sang :

- tube sec pour recherche standard de psychotropes : Antidépresseurs tricycliques, Barbituriques, Benzodiazépines
- tube sec supplémentaire pour autres recherches sur indication particulière.
- tube pour alcoolémie.

Urine :

- flacon à ECBU de 30 ml pour recherche de psychotropes : Antidépresseurs tricycliques, Barbituriques, Benzodiazépines, Carbamates, Phénothiazines
- flacon supplémentaire de 30 ml pour autres recherches sur indication particulière : Cannabis, Amphétamine, Cocaïne, Méthadone, Ethanol, Opiacés, Ectasy,

Autres…

Produits de vomissements ou liquide gastrique : Si possible, recueillir le maximum de produit dans un pot en plastique.

- flacon pour recherche standard: Antidépresseurs tricycliques, Benzodiazépines, Barbituriques, Carbamates, Phénothiazines.
- flacon supplémentaire pour autres recherches sur indication particulière.

Acheminement au laboratoire de toxicologie

- Toujours accompagner les échantillons d'une fiche de renseignements cliniques
- adressée en même temps au laboratoire de toxicologie.
- Prendre éventuellement contact avec le laboratoire pour expliquer le contexte (clinique et/ou médico-légal) afin de cibler au mieux les investigations.
- Dans le cadre d'une réquisition :
    - le préciser sur la fiche de renseignements cliniques pour que les prélèvements non utilisés soient réservés.
    - faire les prélèvements en double pour une éventuelle contre-expertise.
    - faire mettre les scellés par les autorités requérantes.
- Délai d'acheminement :
    - En cas d'urgence médicale : acheminer sans délai au laboratoire.

- Sinon, en l'absence d'urgence médicale : conservation possible au réfrigérateur à 4° C pendant 48 h, sinon congélation (Sang, Urines, Liquide gastrique).

Maintien de la chaine de preuves

Il est important de maintenir à tout moment la chaîne des preuves, pour faire en sorte que celles-ci soient admissibles au tribunal.

Pour ce faire, les preuves doivent être correctement prélevées, étiquetées, stockées et transportées. La documentation doit inclure la signature de tous ceux qui ont été en possession des preuves à un moment ou à un autre (de la personne qui les a prélevé à celle qui le transporte au tribunal), afin d'éviter tout risque de manipulation frauduleuse.

Dans l'impossibilité de transporter immédiatement les échantillons au laboratoire, il est nécessaire d'adopter un certain nombre des mesures :

- Tous les vêtements, les tissus, les tampons, les compresses et les autres objets à analyser doivent sécher parfaitement à température ambiante et être mis dans des sachets en papier (pas de plastique). Les échantillons peuvent être soumis à l'analyse ADN plusieurs années après l'agression, à condition que le matériel soit parfaitement sec.
- Les échantillons de sang et d'urine peuvent être conservés dans le réfrigérateur pendant 5 jours. Pour pouvoir les conserver plus longtemps, ils doivent être rangés dans un congélateur. Suivre les instructions du laboratoire local.
- Tous les échantillons doivent être clairement étiquetés avec un code d'identification confidentiel (pas le nom ni les initiales de la victime), la date, l'heure et la typologie d'échantillon (sa nature et l'endroit où ils ont été prélevés) puis mis dans un conteneur.
- Fermer le sachet ou le conteneur à l'aide de ruban adhésif. Ecrire le code d'identification, la date et ses propres initiaux sur le ruban.

Dans le protocole adapté, écrire clairement les instructions du laboratoire en matière de collecte, stockage et transport des échantillons. Les preuves ne doivent être remises aux autorités que si la victime décide de porter plainte ou si la victime est examinée dans le cadre d'une réquisition à médecin.

Lors de l'examen, la victime peut accepter que des preuves soient colletées, mais pourrait refuser qu'elles soient remises aux autorités. Dans ce cas l'informer que les preuves seront conservées pendant 1 mois dans un espace fermé et sécurisées à l'intérieur du centre, après quoi elles seront détruites. Si elle change d'avis au cours de ce délai, elle pourra communiquer aux autorités le lieu où se trouvent ces preuves.

4.5.4. Rôle légal du médecin dans l'administration de la justice

Est-ce que le médecin a une place dans l'administration de la justice devant les juridictions civiles et militaires en cas des violences sexuelles ?

Voici les réponses :

Article 174(de procédure) : Le magistrat instructeur convoque toute personne dont la déposition lui paraît utile à la manifestation de la vérité.

Article 14 bis : (Loi 06/018 du 20 juillet 2006 sur les violences sexuelles) : La réquisition à médecin et à psychologue est une obligation légale à laquelle le/la survivant(e) ne peut renoncer.

- La personne ainsi convoquée est tenue de se présenter.
- L'article 181 dispose : toute personne régulièrement requise par le magistrat instructeur militaire en qualité de témoin, d'interprète, traducteur ou expert, est tenue de prêter son ministère et d'en faire rapport avec honneur et conscience.
- Elle prête serment conformément aux prescrits de l'article 49 du Code de Procédure Pénale ordinaire ; il s'agit du serment que l'on trouve dans le rapport ou expertise médicaux
- Voir loi réprimant les VVS

C'est à ce titre d'expert, d'interprète, de traducteur, qu'un médecin lorsqu'il est requis devra concourir à l'administration de la justice devant les juridictions. Lorsqu'il est requis, le médecin ne devra pas considérer cette réquisition comme un embêtement ou ennui mais plutôt comme une obligation légale, à remplir avec loyauté et sincérité.

1. Présentation des résultats médicaux devant les cours et tribunaux

Si la victime souhaite porter plainte et l'affaire est jugée au cours d'un procès, l'opérateur médico-sanitaire qui l'a examinée après l'agression peut être appelé à faire son rapport à la cour.

En réalité, seul un petit pourcentage de cas des viols aboutit à un procès. De nombreux opérateurs médico-sanitaires sont inquiets à l'idée de comparaître dans un tribunal ou pensent ne pas avoir assez de temps pour le faire.

La présentation de ces preuves s'inscrit cependant dans leur fonction d'assistance à la victime. Dans les cas des viols, le Ministère public (pas l'opérateur médico-sanitaire) doit prouver trois choses :

- La pénétration même partielle du vagin ou de l'anus par le pénis ou un autre objet ou bien la pénétration de la bouche par le pénis ;
- Que la pénétration a eu lieu sans le consentement de la personne ;
- L'identité du coupable.

Dans plusieurs endroits, l'opérateur médico-sanitaire peut être appelé à présenter son rapport en tant que témoin de fait (ce qui signifie réitérer les résultats au fur et à mesure qu'il/elle les a enregistrés) plutôt qu'en tant que témoin expert.
Rencontrer le Ministère public avant l'audience au tribunal pour préparer le témoignage et obtenir des informations sur les principaux aspects de l'affaire en question.

Au tribunal, avoir une attitude professionnelle et confiante :

- S'habiller correctement ;
- Parler clairement et lentement, en regardant dans les yeux son propre interlocuteur ;
- Ne pas utiliser des termes médicaux ;
- Répondre aux questions de la manière la plus approfondie et la plus professionnelle possible ;
- Si l'on ne connaît pas la réponse à une question, l'admettre. Ne pas répondre ni témoigner sur des aspects qui vont au-delà de votre domaine de compétence.

Demander des clarifications si l'on ne comprend pas les questions. Ne pas essayer de deviner la signification des questions. Les notes prises pendant l'entretien initial et l'examen constituent la base du rapport à fournir. Il est difficile de se souvenir des choses qui n'ont pas été écrites. D'ou la nécessité de noter toutes les déclarations, procédures et les actions de façon détaillée, précise, exhaustive et lisible. Il s'agit de la meilleure manière de bien préparer son témoignage.

2. Le certificat médical

Le certificat est une obligation légale. Il incombe au prestataire de soins examinant la victime de s'assurer qu'un certificat est établi.

Le certificat médical est un document médical confidentiel que le médecin doit remettre à la victime. Il constitue une preuve et est souvent la seule preuve matérielle disponible mis à part le récit de la victime.

En fonction du contexte, la victime peut utiliser le certificat dans un délai de 20 ans maximum suivant l'agression pour engager des poursuites judiciaires ou obtenir une compensation. Le prestataire de soins doit en garder une copie sous clé avec le dossier de la victime afin de pouvoir attester de l'authenticité du document fourni par la victime devant un tribunal si nécessaire. La victime est la seule personne en droit de décider de l'utilisation de ce document. Le certificat médical peut être transmis aux services juridiques ou aux organismes avec un mandat de protection seulement après accord explicite de la victime.

Le Certificat Médical est l'expression écrite de la constatation clinique qui peut nécessiter un arrêt de travail ou non.

Dans le premier cas, le Médecin fixe la durée de l'Incapacité Totale de Travail – ITT. Des conclusions médicales dépendront la qualification de l'infraction et par là, la juridiction devant laquelle l'agresseur sera jugé.
La finalité du Certificat Médical vise donc une double exigence juridique : la sanction de l'agresseur, et l'indemnisation de la victime.

Un certificat médical doit comporter les éléments suivants :

Le nom et la signature du médecin chargé de l'examen;
- le nom de la victime;
- la date exacte et le lieu de l'examen;
- le récit des faits par la victime dans ses propres termes;
- les résultats de l'examen clinique et paraclinique;
- la nature des échantillons prélevés;

- une conclusion.

Si le certificat comporte plus d'une page, ces éléments doivent être reportés sur chaque page du document.

- Si le certificat est transmis à des organisations des droits de l'homme pour défendre la cause des victimes, sans l'accord de la victime en question, son nom ne doit pas apparaître dans le document.

3. Réponse à une réquisition à médecin

- La réquisition est l'acte par lequel une autorité Judiciaire ou Administrative, fait injonction à un individu d'effectuer un acte quelconque.
- Dans le cas particulier du Médecin, la Réquisition Médicale est l'injonction faite à un Médecin par une Autorité Judiciaire ou Administrative d'effectuer un acte médico-légal urgent qui ne peut être différé.
- La réquisition est écrite. Dans des situations exceptionnelles, elle peut être verbale mais elle est toujours suivie d'une version écrite.

Tout médecin, sauf s'il est le médecin traitant de la personne à examiner peut être requis quelle que soit son mode d'exercice ou sa spécialité. Le médecin est tenu d'exécuter la réquisition dans le respect du secret professionnel.

Il doit cependant être capable d'expliquer aux autorités la nécessité d'orienter la victime vers une structure spécialisée pour une prise en charge plus adaptée et optimale d'emblée**.** Les rapports du médecin et du psychologue ont l'avantage de :

- Etablir l'état du/de la survivant(e) ;
- Déterminer les soins appropriés ;
- Evaluer l'importance du préjudice subi par celle-ci et son aggravation ultérieure.

En cas d'indisponibilité des rapports du médecin et du psychologue, il y a insuffisance des preuves qui peut entrainer l'action reconventionnelle de l'auteur pour procès téméraire et vexatoire et perte du droit à la réparation pour le/la survivant(e).

- **La Réquisition** contient habituellement les éléments suivants :
  - L'identité, la fonction et l'office du requérant,
  - L'article du Code de Procédure Pénale permettant la réquisition
  - L'énoncé précis de la mission (exemple : procéder à un examen somatique et délivrer un certificat médical descriptif).
  - La date et la signature du requérant.

- Selon l'autorité requérante, les formes de réquisitions peuvent varier – OPJ, Magistrat etc.
- **La Réquisition** est normalement **nominative**, de sorte que le Médecin ne puisse demander à un collègue **de sous-traiter.**
- Avant d'exécuter la mission, le Médecin requis **doit prêter serment.**
  L'Art. 49, alinéa 1 du CPP *stipule en effet que : « Avant de procéder aux actes de leur mission, les experts et Médecins prêtent le serment de les accomplir et de faire rapport en honneur et conscience. »*

- Le Médecin requis doit donc mentionner dans son rapport qu'il a rempli **personnellement** la mission qui lui a été confiée.
- Les Autorités requérantes peuvent être :
    - Dans les cas judiciaires soit l'Officier de Police Judiciaire (OPJ), soit le Magistrat du Ministère Public, soit le Magistrat du siège (Juge).
    - Dans les cas administratifs : le Bourgmestre, le Gouverneur, l'Autorité Sanitaire (Ministre de la Santé), le Directeur d'un Hôpital etc.

Les réquisitions judiciaires ont souvent pour but :

- L'examen de victimes de coups et blessures volontaires
- L'examen de victimes d'agressions sexuelles

G

4. Le Médecin doit remplir personnellement sa mission et répondre à la mission et rien qu'à la mission.

    - Il ne doit pas oublier de signer son rapport sous peine de nullité.
    - Le rapport d'expertise comprend 4 rubriques : le préambule, les commémoratifs, la discussion et la conclusion.

L'expertise médico-légale en matière de violences sexuelles.

- Pour rappel, le cadre juridique de l'expertise médico-légale en matière de Violences Sexuelles est fixé par l'Art. 14 bis de la loi n°06/019 du 20 juillet 2006.

Les preuves médico-légales en général.

- ***La preuve*** *c'est la démonstration de l'exactitude du fait qui sert de fondement à l'accusation ou au droit prétendu.*
- **Le fardeau de la preuve** incombe toujours au demandeur c'est-à-dire à la personne qui se sent lésée.
- **La vérité judiciaire** s'appuyant de plus en plus sur **la vérité scientifique** grâce au recours systématique à des expertises techniques, **la force probante** d'une preuve repose sur :
    - la valeur scientifique des moyens employés
    - la compétence de l'Expert
    - le serment qu'il prononce (Art. 49, alinéa 1 du CPP).
- Il en résulte que le plus important **en matière de preuve n'est pas la quantité des éléments de preuve** soumis à l'analyse médico-légale mais bien plutôt **la valeur probante relative de chaque élément de preuve.**
- C'est aussi la valeur probante de la preuve qui augmente **la probabilité d'un lien de causalité** entre la lésion et le fait dommageable.
- Il importe de répertorier et d'évaluer tous les éléments pertinents de preuve quant à leur valeur probante à considérer dans leur ensemble.
- **Tout fait judiciaire** soulève généralement trois problèmes médico-légaux qui exigent des réponses, à savoir :
    - **la nature du fait judiciaire** : ex : **hymen défloré**, décès. C'est ce que le diagnostic étiologique doit démontrer ; Pénétration sans consentement !

- **la cause du fait judiciaire** : il s'agit de la forme-légale du fait judiciaire – accident, homicide, mort naturelle ou suicide par ex ;
- **l'auteur du fait judiciaire** : c'est le problème de l'identification du coupable.

- La démonstration médico-légale de chaque problème ainsi posé représente une preuve et l'ensemble, **la multiplicité des preuves**.
- Il existe **une hiérarchie des preuves** car toutes n'ont pas la même **force probante** c'est-à-dire, le même degré de CERTITUDE.
- A quelques exceptions près, **la Médecine Légale** n'a pas la prétention d'apporter **la preuve absolue.**
  En effet, elle se doit d'être prudente et circonspecte car les faits dont elle s'occupe appartiennent au passé et elle doit s'efforcer de les reconstituer avec les seuls éléments du présent.
- De plus, la Médecine étant **un art conjectural** dont les dogmes sont sujets à contradiction suivant les progrès scientifiques et les nouvelles découvertes, **elle n'a pas non plus le monopole de la vérité définitive**.
- Il y a lieu de noter cependant que la preuve médico-légale est une preuve scientifique basée sur les indices ou preuve indicielle.
- **La conviction du Médecin Légiste** doit s'appuyer sur des faits bien vérifiés, contrôlés et indiscutables.
  Elle repose généralement sur :
  - un faisceau d'arguments convergents,
  - la réfutation convaincante des objections et des critiques de la partie adverse,
  - l'absence d'arguments favorables à la thèse contraire après avoir passé en revue les divergences, les dissemblances, les contradictions possibles, etc…

4.5.6. Techniques d'évaluation

- Questions/réponses dans la salle
- Exercice à l'aide des dossiers avec pictogramme sur terrain

Veuillez répondre aux questions suivantes :

- Pensez-vous que les preuves médico-légales peuvent être recueillies et conservées en toute sécurité dans votre établissement ?
- donner les raisons de collectes des preuves médicolégales
- citer les éléments de l'évaluation pour collecter les preuves médicolégales
- quels sont les analyses génétiques à effectuer dans le contexte de l'agression
- Les preuves physiques de l'agression peuvent-elles aider les survivantes ?
- Quels sont les mesures nécessaires à adopter pour conserver les preuves médicolégales
- Le système juridique est-il capable de rendre la justice dans des cas d'agression sexuelle ?
- Quelle est la finalité du certificat médical ?

CHAPITRE 5 : PRESCRIPTION DES TRAITEMENTS

5.1. INTRODUCTION

Les survivants (es) des agressions sexuelles peuvent présenter des lésions émotionnelles, physiques et contracter certaines infections susceptibles de menacer leur vie. Les soins à leur prodiguer doivent tenir compte des besoins constatés, du plateau technique de la structure sanitaire et de qualifications des prestataires. Cette prise en charge doit tendre à être holistique dans la mesure du possible ! Toutes les conséquences y compris le risque de grossesse, doivent être prévenues et /ou traitées tout en garantissant le cas échéant, une référence vers d'autres services d'aide.

Ce chapitre passe en revue les différents traitements préventifs, curatifs et promotionnels que peut recevoir selon le cas, les victimes de violences sexuelles en fonction du délai d'arrivée dans la structure de soins.

5.2. OBJECTIFS DE FORMATION

5.2.1. Objectif spécifique

Au terme de ce chapitre le participant doit être capable de donner aux survivantes le traitement préventif, curatif et promotionnel des conséquences des violences sexuelles

5.2.2. Objectifs opérationnels

Lorsqu'il sera appelé à donner le traitement aux survivantes d'agression sexuelle, l'apprenant doit être capable de :

- Dresser la liste des éléments de traitement pour les survivants(es)
- Traiter les blessures, traumatismes et infections imputables au viol,
- Effectuer un dépistage et traiter de manière préventive ou curative les IST
- Prévenir et/ou soigner le tétanos et l'hépatite B
- Administrer les soins de lutte contre le VIH/SIDA aux SVS :
- Prévenir une grossesse par l'utilisation de la contraception d'urgence
- Offrir le soutien psycho affectif à la survivante de l'agression sexuelle en fonction de son état émotionnel,
- Déterminer à quel moment la survivante devra revenir pour l'examen de suivi et respecter le protocole à chaque visite de suivi
- Assurer l'orientation et la référence des survivants/victimes VS vers d'autres structures de soins ou services d'aide

5.3. METHODOLOGIE

- Exposés suivis de discussions en plénière
- Cas cliniques
- Brainstorming
- Jeu de rôle
- Travaux en groupe
- Travaux individuels

Matériels didactiques

- Flip shart
- Tableau noir+ craies
- Marqueur
- Rétroprojecteur
- Fiches diverses
- Intrants pour démonstration (Mannequins, phallus, pipettes, lames, écouvillons, papier kraft, petits bassins…)

5.4. DUREE : 4 h

5.5. CONTENU

5.5.1. Les éléments de traitement pour les survivantes

A la suite d'une agression sexuelle, les soins à apporter à la patiente seront différents selon le temps écoulé depuis l'agression. Le traitement a un but curatif mais aussi préventif.

- Soutien psychologique
- Traitement préventif : prophylactique
- Traitement curatif

Voici en rappel les étapes recommandées pour la prise en charge des victimes d'agression sexuelle lors de la première visite après l'agression :

- Gérer la crise initiale (tel qu'un soutien émotionnel) et fournir les premiers soins après évaluation initiale pour exclure une urgence nécessitant une prise en charge immédiate ou un transfert éventuel.
- Expliquer à la victime de l'agression sexuelle ce qui va se passer lors de sa visite dans la structure de soins. Cette personne devra être informée du processus général exigé à la fois pour l'examen médical général et l'examen médico-légal (si ce dernier est mené sur le même site) en incluant le consentement préalable.
- Procéder à un examen clinique général, avec notamment une évaluation de l'état général et une description écrite des lésions.
- Évaluer le risque de transmission du VIH.

- Fournir – si cela est approprié – la première dose de médicaments de PPE (Prophylaxie Post Expositionnelle) dès avant le test VIH, ou suivant un test rapide (dans l'heure ou les deux heures), si celui-ci est disponible, soit immédiatement après avoir obtenu son résultat.
- Si une recherche de preuves médico-légales doit être effectuée, il faudra confirmer en premier lieu l'éventualité de rapports bucco-génitaux car dans l'affirmative, un prélèvement oral devra être effectué avant toute prise médicamenteuse.
- Si le test rapide est disponible, offrir un conseil VIH avant et après le test.
- Assurer la prise en charge médicale et recueillir les preuves médico-légales, ce qui comprend : les soins des blessures et/ou d'autres lésions, la recherche d'une grossesse, la contraception d'urgence selon le contexte et le traitement présomptif des infections sexuellement transmissibles, la prévention du tétanos et de l'hépatite B. Les prélèvements à visée médicolégale et diagnostique, doivent en règle générale être effectués dès que possible.

5.5.2 Prescription du traitement

Le traitement dépendra de la précocité avec laquelle la victime se présente au service médico-sanitaire. Le traitement a un but curatif mais aussi et surtout préventif.

5.5.3. Synthèse pour la prévention

Délais de présentation après l'agression :

	<72h	**>72h - <120h**	**>120h**
Prévention VIH	X		
Prévention de la grossesse non désirée	X	X	
Prévention des IST	X	X	X
Vaccin anti-hépatite B	X	X	X
Vaccin anti-tétanos	X	X	X
Traitement des lésions occasionnées par l'agression	X	X	X

1°La victime se présente dans les 72 heures qui suivent l'agression
Il est impérieux dans ce cas de :

- Prendre en charge les urgences médicales et/ou chirurgicales,
- Mettre en route une contraception d'urgence si indiquée.

- Prescrire et démarrer un traitement prophylactique : antirétroviral, prévention des IST, vaccination Hépatite B et Tétanos[8]si c'est indiqué.
- Recommander la victime dans le service psychosocial;
- Pour les conjoints/partenaires, recommander les préservatifs en vue de prévenir les IST /VIH et grossesse non désirée.

5.5.4. Activités de lutte contre le VIH/Sida chez les survivantes des violences sexuelles, tâches à accomplir :

- Identifier le cas
- Procéder à l'anamnèse, le récit des faits et à l'examen physique.
  Evaluer le risque
  Faire le counselling pré-test en tenant compte de l'état émotionnel de la survivante (si elle peut supporter, sinon reporter à quelques 3jours)

Si consentement :

- Faire le test VIH
- Faire test de grossesse
- Conduire le counselling post test
- Administrer le traitement (kit PEP : Contraception d'urgence, médicaments IST et ARV)
- Soigner les lésions physiques

5.5.5. Traitement curatif

- Traitement des blessures : Désinfections de plaies, traitement des plaies (sutures, …), des fractures et autres complications.
- Administration d'analgésiques au besoin.
- En cas d'infection sexuellement transmissible, prescription du traitement adapté selon le protocole national.
- En cas d'intoxication, le traitement médical symptomatique sera adapté à l'état de la victime.

N.B. : - Les urgences vitales priment dans la prise en charge

- Si la victime était sous un autre traitement, la laisser continuer s'il n'y a pas de contre-indication à l'association.

5.5.6. Volet préventif

Il comprend la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH, et de la grossesse.

Le traitement préventif des IST peut commencer le même jour que la contraception d'urgence et la prophylaxie post-exposition VIH (PPE) bien que les doses doivent être espacées (et prises au moment des repas) pour limiter les effets secondaires, tels que les nausées.

---

[8] Dans les cas où la chaîne de froid sera préservée.

a. Prévention des IST

De manière systématique, les survivants d'agression sexuelle avec pénétration doivent recevoir un traitement combiné d'antibiotiques pour prévenir les trois principales IST :

- La gonorrhée,
- la chlamydia et
- la syphilis.

Si d'autres IST sont répandues au niveau local (par exemple, la trichomonase ou le chancre mou), administrer également un traitement préventif pour ces infections.

Si allergie connue ou réaction au traitement, prescrire le traitement alternatif autant que cela soit possible, administrez à la victime les traitements les plus courts disponibles et faciles à prendre (par exemple, les traitements à dose unique). Se rappeler que les femmes enceintes ne peuvent pas prendre certains antibiotiques. Modifier leur traitement en conséquence

Tableau : Médicaments pour la prévention des IST

IST	**Médicament**	**Posologie**	
		Adultes	**Adolescents & Enfants**
Gonorrhée	Cefixme **Ou**	400 mg par voie orale (PO) en dose unique (DU)	*≤45 kg* : 8 mg/kg PO en DU >45 kg : même posologie que l'adulte.
	Ceftriaxone	1 g IM en DU	75 mg /kg en IM >45 kg : même posologie que l'adulte
	En cas d'allergie aux β-lactamines, remplacer par :		
	Ciprofloxacine **Ou**	500 mg PO en DU *Contre-indiquée pendant la grossesse*	***Non recommandé pour les enfants <18 ans***
	Spectinomycine	2 gr IM en DU	*≤45 kg* : 40 mg/Kg IM en DU *>45 kg* : même posologie que l'adulte.
Chlamydia	Azithromycine **Ou**	1 gr PO en DU	*≤45 kg* : 20 mg/Kg PO en DU *>45 kg :* même posologie que l'adulte.
	Doxycycline	100 mg PO 2fois/jour/7jours ***Contre-indiquée pendant la***	*>45 kg* et *>12 ans* : même posologie que l'adulte.

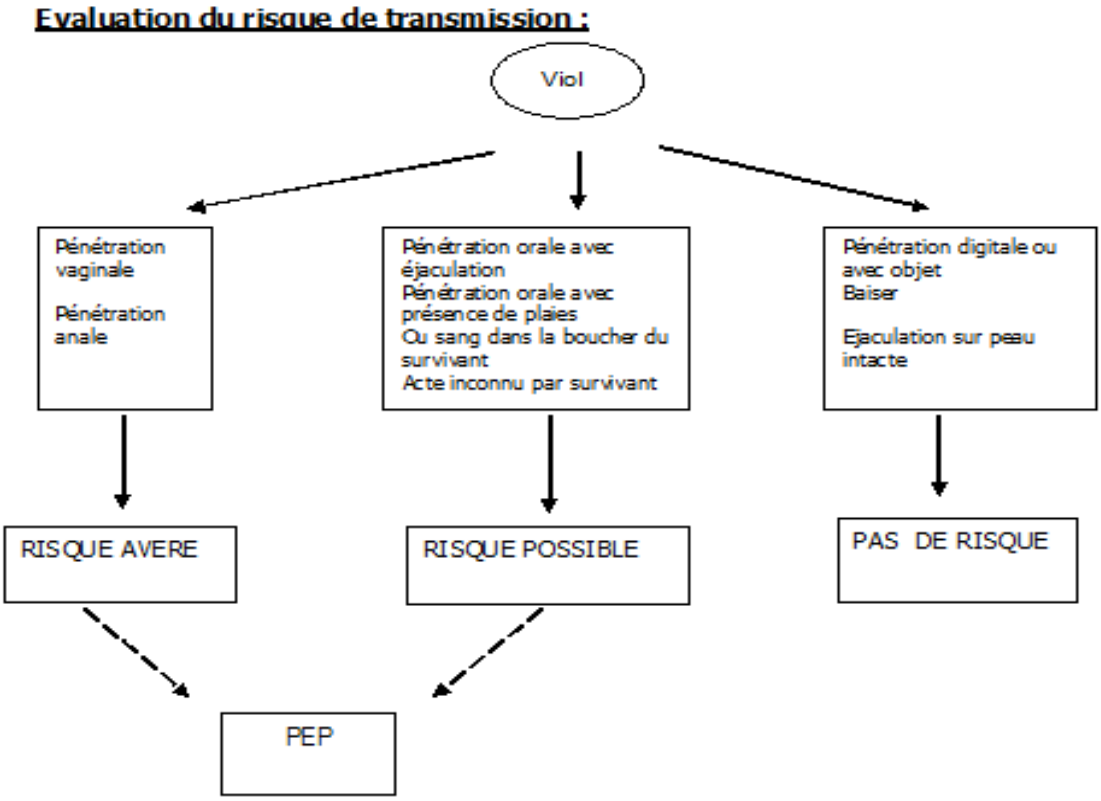
IST	Médicament	Posologie	
		Adultes	**Adolescents & Enfants**
		grossesse et l'allaitement	***Contre-indiquée chez l'enfant ≤8 ans***
	Chlamydia chez la femme enceinte		
	Erythromycine **Ou**	500 mg PO, 4x/jour/7jours	30 à 50 mg/kg *>45 kg :* même posologie que l'adulte.
	Amoxicilline	500 mg PO, 3fois/jour/7jours	50 mg /kg
Syphilis	Benzathine benzylpenicilline	2,4 millions UI IM en DU *(administrer en 2 injections à 2 endroits différents)*	50 000 UI / Kg IM en DU *>45 kg :* même posologie que l'adulte.
	Chez les patients allergiques à la pénicilline		
	Doxycycline	100 mg PO 2fois/jour/7jours ***Contre-indiquée pendant la grossesse et l'allaitement***	*>45 kg* et *>12 ans* : même posologie que l'adulte. ***Contre-indiquée chez l'enfant ≤ 8ans***
	Chez la femme enceinte allergique à la pénicilline		
	Erythromycine	500 mg PO, 4fois/jour/14jours	30 à 50 mg/kg
Trichomonas	Métronidazole	2 gr PO en DU ***Contre-indiqué pendant le 1er trimestre de la grossesse***	*≤12ans* : 5 mg/Kg PO, 3 fois / jour / 7jours, ou 40mg/Kg PO en DU ***>12ans:* même posologie que l'adulte.**

a. Prévention de la transmission du VIH

La Prophylaxie Post Exposition (PEP) doit être proposée aux victimes selon l'évaluation des risques réalisée par le prestataire de soins, selon les recommandations du guide national de PEC médicale du PNLS et dont l'évaluation repose sur :

- les faits survenus pendant l'agression (à savoir, pénétration ou non, nombre d'agresseurs, blessures occasionnées, etc.) et
- la prévalence du VIH dans la région.

Les risques de transmission du VIH sont plus importants dans les cas suivants : plus d'un agresseur, victime présentant des écorchures ou lésions de la peau, viol par voie anale, agresseur connu comme étant séropositif ou toxicomane adepte de drogues par injection.



Critères d'éligibilité recommandés pour la prophylaxie post exposition chez les victimes d'agression sexuelle :

(1) il s'est écoulé moins de 72 heures depuis l'exposition ; et
(2) la personne exposée n'a pas d'infection à VIH connue ; et
(3) la personne source de l'exposition vit avec le VIH ou est de statut VIH inconnu ; et
(4) il existe un risque clairement identifié d'exposition, tel que :

- Une relation sexuelle vaginale ou anale passive sans utilisation de préservatif, ou avec utilisation d'un préservatif qui se serait déchiré ou aurait glissé lors de l'agression ;
- Ou il y a eu contact au moment de l'agression entre le sang de l'agresseur et les muqueuses ou la peau présentant des lésions de la victime ;
- Ou il y eu relation sexuelle orale passive avec éjaculation ;
- Ou la victime de l'agression sexuelle était droguée ou inconsciente au moment de l'agression alléguée et n'est pas certaine de la nature de l'exposition potentielle ;
- Ou la personne est survivante d'un viol collectif

La PPE comprend généralement 3 médicaments antirétroviraux (ARV) à prendre pendant 28 jours (voir protocole national). L'administration du kit PEP n'est pas conditionnée par le test du VIH. La positivité du VIH exclut l'administration du kit PEP mais nécessite une orientation vers une structure spécialisée.

La PPE peut commencer le même jour que la contraception d'urgence et les traitements préventifs des IST, bien que les doses doivent être espacées et prises au moment des repas pour limiter les effets secondaires, tels que les nausées.*

Connaissance du statut sérologique de l'agresseur : à défaut, connaissance de ses conduites à risque ou de son appartenance à un groupe à risque permet d'évaluer le risque.

Dans les conditions idéales, si un traitement antirétroviral est décidé, celui-ci doit être débuté en urgence.
Un bilan sanguin pré-thérapeutique peut être réalisé (NFS, plaquettes, créatinine, bilan hépatique). Le médecin référent pour la prise en charge du VIH réévalue la situation dans les 24–48 heures, puis assure le suivi du traitement prévu pour une durée de 1 mois (observance et tolérance).
Habituellement, une trithérapie est prescrite. Si possible récupérer a posteriori le résultat des sérologies de l'agresseur.
Si l'agresseur est connu comme séropositif pour le VIH, la connaissance du stade de l'infection, le degré de la charge virale et l'historique de son traitement permettent d'ajuster le traitement de la victime.

Il s'agit d'un traitement lourd car au traumatisme de l'agression subie s'ajoutent des effets indésirables fréquents et des contraintes importantes (horaires et règles de prise, dispensation des médicaments, tracasseries parfois). Il requiert rigueur et régularité de la part de la victime à une période de sa vie où elle est déstabilisée.
Visant à prévenir une infection grave, au lieu d'être assurant, ce traitement pourrait être vécu comme inquiétant, ravivant à chaque prise le risque de contamination et le souvenir de l'agression.

Les abandons sont fréquents surtout les premiers jours du traitement. Les effets secondaires du régime des deux médicaments sont en général tolérables, et peuvent comprendre la nausée et le vomissement, la perte d'appétit, la faiblesse et la fatigue. Avisez aux patients de gérer ces effets et de ne pas interrompre les médicaments sans d'abord consulter un médecin.

Donnez à la patiente la cure entière pour 28 jours et demandez-lui de revenir en une semaine pour le suivi.

Tableau de traitement préventif/prophylaxie aux ARV[9]

Médicament	***Présentation***	***Posologie***	
		Adolescents ≥40kg et adultes, femmes enceintes et mères allaitantes	***Enfants***
Zidovudine *(ZDV ou AZT)*	*Comprimé 300mg* *Gélule 100mg* *Suspension buvable 10mg/ml (enfants)*	*1 comprimé 300mg matin et 1 comprimé 300mg soir*	***3-5,9 kg :*** *6 ml matin et 6 ml soir* ***6-9,9 kg :*** *9 ml matin et 9 ml soir* ***10-13,9 kg :*** *12 ml matin et 12 ml soir* ***14-19,9 kg :*** *2 gélules 100mg matin et 1 gélule 100mg soir* ***20-24,9 kg :*** *2 gélules 100mg matin et 2 gélules 100mg soir* ***25-34,9 kg :*** *même posologie que l'adulte.*
Lamivudine *(3-TC)*	*Comprimé 150mg* *Suspension buvable 10mg/ml*	*1 comprimé 150mg matin et 1 comprimé 150mg soir*	***3-5,9 kg :*** *3 ml matin et 3 ml soir* ***6-9,9 kg :*** *4 ml matin et 4 ml soir* ***10-13,9 kg :*** *6 ml matin et 6 ml soir* ***14-19,9 kg :*** *1/2 comprimé 150mg matin et 1/2 comprimé 150mg soir* ***20-24,9 kg :*** *1 comprimé 150mg matin et 1/2 comprimé 150mg soir* ***25-34,9 kg :*** *même posologie que l'adulte.*
Lopinavir/Ritonavir (LPN/r) ou KALETRA	*Comprimé de Lopinavir 200mg + Ritonavir 50mg* *Comprimé de Lopinavir 100mg + Ritonavir 25mg* *Suspension buvable 80mg+20mg/ml*	*3 comprimés 100/25mg matin et 3 comprimés 100/25mg soir* *Ou 2 comprimés 200/50mg matin et 1 comprimé 200/50mg soir*	***3-5,9 kg :*** *1 ml matin et 1 ml soir* ***6-9,9 kg :*** *1,5 ml matin et 1,5 ml soir* ***10-13,9 kg :*** *2 ml matin et 2 ml soir* ***14-19,9 kg :*** *2,5 ml matin et 2,5 ml soir 2 comprimés 100/25mg matin et 2 comprimés 100/25mg soir* *Ou 1 comprimé 200/50mg matin et 1 comprimé 200/50mg soir* ***20-24,9 kg :*** *3 ml matin et 3 ml soir* *ou 2 comprimés 100/25mg matin et 2 comprimés 100/25mg soir* *ou 1 comprimé 200/50mg matin et 1 comprimé 200/50mg soir* ***25-34,9 kg :*** *même posologie que l'adulte.*

[9]Recommandations dans Protocole National PNLS en RDC

N.B. : Préconiser l'usage du préservatif durant la prise du kit PEP.

b. Prévention de la grossesse.

1) La prise de pilules contraceptives d'urgence (PCU)

Dans les 120 heures (5 jours) qui suivent un rapport sexuel non protégé réduit les probabilités de grossesse de 56% à 93% en fonction du traitement choisi et de sa date de démarrage. Les pilules progestatives sont recommandées comme PCU. Elles sont plus efficaces que le régime œstrogène-progestérone et présentent moins d'effets secondaires.

En cas de rapport vaginal, mais aussi anal ou vulvaire chez une adolescente ou une femme en période d'activité génitale, sans contraception efficace, pour éviter la survenue d'une grossesse non désirée, faire préciser la date des dernières règles et le temps écoulé depuis l'agression.

NB : ***Une jeune fille est candidate pour les PCU dès la poussée des seins ou l'apparence d'autres caractères sexuels secondaires étant donné le risque de survenue de grossesse avant les premières règles.***

Les pilules contraceptives d'urgence agissent en interrompant le cycle reproductif de la femme ; elles retardent ou empêchent l'ovulation, bloquent la fécondation ou empêchent l'implantation de l'ovule. Etant donné que les PCU n'interrompent ni ne nuisent à une grossesse déclarée, l'OMS ne les considère pas comme une méthode d'avortement.

Le recours à une contraception d'urgence constitue un choix personnel qui ne peut être pris que par la femme et elle seule.

Les femmes doivent être conseillées de manière objective à ce sujet de manière à prendre une décision en connaissance de cause. Si la victime est une jeune fille qui a déjà eu ses premières règles, aborder le sujet de la contraception d'urgence avec elle, ses parents ou son tuteur afin qu'elle puisse comprendre et suivre le traitement prescrit. Si une grossesse est détectée à ce stade, à l'aide d'un test ou de l'anamnèse/examen, faire clairement comprendre à la victime que cette grossesse ne peut pas résulter du viol. Ne pas prescrire de PCU.

Protocole pour contraception d'urgence

Régime	**Composition de la pilule**	**Dénominations commerciales**	**Première dose**	**Deuxième dose (Après 12 heures)**
Lévonorgestrel (LNG) seul	750 µg	Levonelle, NorLevo, Plan B, Postinor-2, Vikela	2 comprimés	
Pilule combinée : Lévonorgestrel (LNG) +	EE 50 µg + LNG 250 µg **ou**	Eugynon 50, Fertilan, Neogynon, Noral, Nordiol, Ovidon, Ovral, Ovran,	2 comprimés	2 comprimés

Régime	Composition de la pilule	Dénominations commerciales	Première dose	Deuxième dose (Après 12 heures)
Ethynil-Estradiol (EE)	EE 50 µg + NG 500 µg	Tetragynon/PC-4, Preven, E-Gen-C, Neo-Primovlar 4		
	EE 30 µg + LNG 150 µg ou EE 30 µg + NG 300 µg	Lo/Femenal, Microgynon, Nordete, Ovral L, Rigevidon	4 comprimés	4 comprimés
Lévonorgestrel (LNG) seul	30 µg	Microlut, Microval, Norgeston	50 comprimés	
	37,5 µg	Ovrette	40c. comprimés	

2) Le dispositif intra-utérin (DIU ou stérilet) libérant du cuivre est aussi utilisé comme méthode contraceptive d'urgence.

Un prestataire qualifié, dans des structures hospitalières ou d'autres structures ayant la capacité et le personnel qualifié pour le poser et faire le suivi est en mesure de conseiller à la survivante/victime cette méthode de contraception.

Conditions :

- Respecter les critères d'éligibilité à cette méthode, notamment :
- si la victime se présente dans les cinq jours qui suivent le viol,
- exclure une infection génitale et la grossesse avant son insertion
- s'il n'y a pas eu d'autres rapports sexuels non protégés pendant le cycle ayant précédé l'agression.

Efficacité : Il réduit de plus de 99% le risque de grossesse.

Points importants à aborder :

- La femme doit être informée sur le mécanisme d'action et les conditions pour assurer l'efficacité de la méthode de manière à ce qu'elle puisse prendre une décision en connaissance de cause.
- Si le DIU est posé, s'assurer de donner le traitement complet contre les IST.
- Le DIU peut être retiré lors des règles suivantes ou bien laissé en place à titre de contraception future.

d. La prévention du tétanos

En présence de lacérations au niveau de la peau ou des muqueuses, en cas de plaies souillées de terre et des débris de végétaux, la prophylaxie antitétanique doit être pratiquée à moins que la victime ait été complètement vaccinée. Le SAT peut également être administré si disponible et suivant l'évaluation des risques d'infection tétanique. Administrer le Vaccin anti tétanique (VAT) 1ml en sous cutanée.

Conseiller aux victimes de respecter le calendrier de vaccination suivant :

- 2ème dose : 4 semaines après la première dose
- 3ème dose : 6 à 12 mois après la 2ème dose
- 4ème dose : 1 an après la 3ème dose
- 5ème dose : 1 an après la 4ème dose.

Statut vaccinal **Risque**	**Vaccination complète (≥ 4 doses)** le dernier rappel date de:			**Vaccination incomplète** (< 3 doses) **absente ou statut inconnu**
	< 5 ans	**5 - 10 ans**	**> 10 ans**	
Faible (plaie mineure)	Rien	Rien	Rappel: VAT	Commencer ou Compléter la vaccination
Elevé Plaie infectée, plaies majeures (plaies profondes, perte de tissu importante, corps étrangers, nécrose)	Rien	Rappel: VAT	Rappel: VAT Sérothérapie	Commencer ou Compléter la vaccination Sérothérapie

e. Prévention de l'hépatite B

Aucune information n'est disponible sur l'incidence de l'infection par le virus de l'hépatite B (VHB) à la suite d'un viol.

La décision de pratiquer la prophylaxie post-exposition contre l'hépatite B dépendra du plateau technique de la formation sanitaire. Le vaccin peut ne pas être disponible dans la mesure où celui-ci est relativement onéreux et nécessite une réfrigération.

Les victimes de viol doivent idéalement être vaccinées contre l'hépatite B dans les 14 jours qui suivent l'agression. En l'absence de symptômes, la vaccination est conseillée jusqu'à un maximum de trois mois après l'agression. Il n'est pas nécessaire d'administrer des doses supplémentaires du vaccin contre l'hépatite B si la victime a déjà été complètement vaccinée. Le vaccin ne présente aucune contre-indication pour les femmes enceintes et les personnes atteintes d'infection VIH chronique ou antérieure. Il peut être administré en même temps que le vaccin contre le tétanos.

On administrera trois injections par voie intramusculaire dans le deltoïde.

Dose 1 : au moment du premier contact avec la/e patient/e
Dose 2 : 4 semaines après
Dose 3 : 6 mois après la première dose
Option accélérée :
Dose 1 : au moment du premier contact avec la patiente
Dose 2 : 4 semaines (28 jours) après dose 1
Dose 3 : 4 semaines (28 jours) après dose 2

La posologie varie selon les formes commerciales du vaccin.

5.5.7. VOLET CURATIF

Selon le cas :

- Traiter les lésions, les douleurs et les déchirures ;
- Nettoyage, désinfection et suture des plaies propres dans les 6 heures ;
- Des antiseptiques locaux et adoucissants à effet calmant pour toilette intime (pas de bain de siège) en savon liquide ou en comprimé (permanganate de potassium).
- Administrer des antibiotiques
- Traitement antalgique : antalgique mineur ou anti inflammatoire tel que : paracétamol ; indométacine ou diclofénac.
- En cas d'IST+ : prescrire le traitement approprié selon le protocole PNLS
- Si VIH+ : counseling et référer pour PEC psychosociale ;
  Si fracture : service d'orthopédie. Prendre des mesures de soulagement (exemples : poser une attelle sur les membres fracturés et soulager la douleur) avant transfert éventuel
- La survivante se présente dans un tableau de tétanos, hépatite, il faudra la traiter si possible. Sinon, référer.
- Si fistule : référer pour réparation ;
- Si brûlure : référer pour PEC adéquate au cas où le plateau technique ne permet pas d'y faire face.
- Traitement anxiolytique mineur de courte durée si nécessaire

2° La victime se présente 4 ou 5 jours après l'agression

Infections sexuellement transmissibles

Si le dépistage de laboratoire des IST a mis en évidence une infection ou si la personne présente les symptômes d'une IST, suivre les protocoles de traitement. (Voir tableau

du traitement préventif IST). Dans le cas où il n'y a pas de laboratoire disponible, administrer le traitement préventif/curatif.

Transmission du VIH

Conseiller la victime et l'orienter vers les services de Conseil pour le dépistage et conseil à l'initiative du prestataire (DCIP/CVD) dès le premier contact.

- En cas de sérologie négative, contrôler 3-6 mois après.
- En cas de la sérologie positive[3] :
    - PEC Médicale disponible dans la structure ; orienter la victime vers le service pour une évaluation clinique et immunologique : Dosage CD4
    - Si CD4≤ 350cellules/mm ^{3} envisager la mise sous TARV et prophylaxie IO selon les normes
    - si CD4≥350cellules/mm ^{3} prophylaxie IO selon les normes
    - PEC Médicale non disponible dans la structure ; orienter la victime vers une structure de PEC Médicale pour le processus d'une bonne PEC médicale (ARV et/ou IO)

Grossesse

Un test de grossesse positif fait au moment où la femme se présente à la structure de santé permet au prestataire de rassurer la victime que sa grossesse n'est pas due au viol. Si la victime se présente dans un délai compris entre 72 heures (3 jours) et 120 heures (5 jours) après le viol, la prise d'une pilule contraceptive d'urgence progestative peut réduire les risques de grossesse. Mais ce traitement est plus efficace s'il est pris dans les 72 heures qui suivent l'agression.[10]

Si la victime se présente dans les cinq jours suivant le viol, la pose d'un DIU libérant du cuivre constitue une méthode efficace pour empêcher la grossesse. La survivante doit recevoir des conseils à ce sujet afin de prendre une décision en connaissance de cause.

Si un DIU est posé, bien administrer tous les traitements nécessaires contre les IST pour empêcher toute infection des voies génitales supérieures. (*Voir tableau de prévention IST)*

Tétanos

En général, la période d'incubation du tétanos est de 3 à 21 jours, voire plusieurs mois. En cas de constatation de signes d'infection tétanique, orienter la victime vers la formation sanitaire appropriée. (Disponibilité des immunoglobulines et capacité d'hospitalisation en référence). Si la victime n'a pas été totalement vaccinée, la vacciner immédiatement quel que soit le délai écoulé depuis l'agression. S'il reste des plaies importantes, « sales » et non cicatrisées ; envisager d'administrer l'immunoglobuline (sérum) antitétanique si elle est disponible.

Hépatite B

La période d'incubation de l'hépatite B est de 2-3 mois en moyenne. Si des signes d'infection aiguë sont constatés, référer la victime vers un Hôpital Général de

[10]Recommandations dans Protocole National PNLS en RDC

Référence. Si la personne n'a pas été vaccinée et que la vaccination est indiquée en raison des conditions locales, procéder à la vaccination quel que soit le délai écoulé depuis l'agression. (Voir tableau vaccination)

Traitement des lésions physiques (Contusions, blessures, déchirures, lacération, fractures, brûlures, plaies infectées etc...)

Selon cas

- Traiter les lésions, les douleurs et les déchirures ;
- Soigner les blessures (nettoyage, désinfection, débridement éventuel et pansement.
- Administrer les antibiotiques et antalgique mineur ou anti inflammatoire tel que : paracétamol ; indométacine ou diclofénac.
- Si fracture : Réduction dans les structures disposant le plateau technique requis (service d'orthopédie);
- Sinon mesures de soulagement (exemples : poser une attelle sur les fractures et soulager la douleur) avant transfert éventuel
- Traitement anxiolytique mineur de courte durée si nécessaire
- Si fistule : référer pour réparation de la fistule ;
- Si brûlure : soigner ou référer pour PEC adéquate surtout si brûlure grave 2ème et 3ème degré.

N.B. Il est recommandé de traiter en priorité ou de référer après stabilisation les complications potentiellement mortelles.

5.5.8. L'assistance psychologique immédiate
1°Premiers soins psychologiques par les prestataires médicaux

Introduction

Outre des conséquences physiques qu'une victime peut subir après une agression, il y a aussi des conséquences perturbantes sur la santé mentale et émotionnelle de la personne. Certaines victimes arrivent dans un état de choc, elles sont très agitées, et ne peuvent parler, d'autres développent un excessif besoin de parler.

En tant que soignant médical, il est important de savoir observer la victime dès le moment où elle arrive et de reconnaitre les problèmes de santé mentale qu'elle pourrait avoir. Quand la personne arrive dans un état de désorientation, d'agitation ou submergée par des émotions, il pourrait être nécessaire de la stabiliser psychologiquement avant de commencer la consultation médicale.

Une fois que la consultation médicale est terminée, il faudra d'office référer la personne pour une prise en charge psychologique. Comme la prise charge psychologique n'est pas encore bien connue dans certains milieux il faudra **respecter certains principes pour introduire ce type de prise en charge.**

Dans certaines situations, la référence vers un professionnel de santé mentale n'est pas possible car le service n'existe pas dans la région, car l'agent de santé n'est pas disponible, …

et il est nécessaire que le soignant médical donne déjà un premier soutien psychologique. Pour toutes ces différentes étapes mentionnées d'un premier soutien psychologique, l'approche des premiers soins psychologiques pourra être utilisée. L'approche de premiers soins psychologiques est résumée ci-dessus, pour une description en profondeur, veuillez, vous référer au protocole psychosocial.

a) Préparation

Au cas où la prise en charge psychosociale ne serait pas offerte dans le structure de santé, il est important de **se renseigner sur l'offre de soutien psychologique** et/ou social des organisations nationales et internationales ainsi que des groupements de femmes, avant de commencer la prise en charge des victimes de violences sexuelles. L'idéal serait **d'organiser cette prise en charge au sein de structure de santé**[11] pour éviter des difficultés de référence et pour faciliter la prise en charge psychologique. Si ce n'est pas possible, veuillez établir **un système de référence** simple, non stigmatisant, respectant la confidentialité des victimes vers les organisations offrant un soutien psychosocial adéquat. Eviter à tout prix des accompagnements stigmatisant.

b) Observation

L'expression des émotions fortes mais aussi le manque d'émotions (par exemple l'engourdissement, l'indifférence, la confusion, …) sont des réactions normales et saines qui surgissent directement après avoir vécu une agression. Bien que ces réactions soient normales, la forte excitation, l'engourdissement élevé, ou une anxiété extrême peuvent provoquer des troubles de sommeil, de l'alimentation, de difficultés dans la prise de décision, dans les compétences parentales, et des activités quotidiennes de la vie d'autres. Il faut faire attention aux personnes dont les réactions sont si intenses et persistantes qu'elles entravent de manière importante leur quotidien.

Dès le premier entretien, il faudra **bien observer** la victime et tenir compte des différents aspects de **son langage verbal et non-verbal**.

D'abord il faut regarder s'il y a des **signes de désorientation ou des émotions accablantes** :

- les yeux vides, incapables de se retrouver (trouver la direction)
- manque de réactivité aux questions ou directives verbales
- désorientation (par exemple, un comportement désorganisé sans aucun sens)
- une réaction émotionnelle très forte : des pleurs incontrôlables, l'hyperventilation, bascule ou un comportement régressif
- des réactions physiques incontrôlables (secouements, tremblements)
- un comportement frénétique de recherche
- un sentiment d'être bloqué par des inquiétudes
- des comportements à risque

Si la personne, a une de ces réactions il faut procéder à la stabiliser psychologiquement. En cas d'absence de ces réactions fortes, il demeure important de **rechercher des signes de problèmes de santé mentale** comme des symptômes de stress aigu, de stress post-traumatique ou des signes d'autres troubles associés (les troubles dépressifs, l'anxiété, les troubles de conduite, les troubles somatiques, des plaintes fonctionnelles, des troubles psychotiques).

[11] PAO du Ministère de la Santé, Santé Mentale

c) Stabilisation

Si la personne est trop bouleversée, agitée, repliée sur soi, désorientée, en panique, ou très anxieuse, la conduite suivante pourra être utile :

D'abord, il faudra regarder si la personne est accompagnée par un proche. Si c'est le cas cette personne pourra l'aider à réconforter la victime et pourra rester à ses côté quand vous allez commencer à parler avec victime.

Ensuite, il est important de comprendre comment la personne se sent : est-ce qu'elle est en train de paniquer à cause d'un flashback par exemple, et de regarder ce dont elle a besoin directement. Evitez de convaincre la personne à se calmer ou de se ressaisir. Non seulement ce n'est pas effectif mais en plus elle risque d'accentuer ses difficultés.

En général les étapes suivantes aident à stabiliser quelqu'un :

- Donnez à la personne quelques minutes pour se calmer, se ressaisir, mais rester à ses côtés de façon calme et silencieuse.
- Donnez du soutien en l'aidant à se focaliser sur des pensées, des sentiments et des objectifs gérables.
- Donnez des informations qui ramène la personne dans le présent, dans l'ici, le maintenant (par exemple en lui expliquant comment la prise en charge est organisée, comment ça va se passer, les différentes étapes, …)
- Donnez des explications simples sur ces réactions.

Si la personne est extrêmement agitée, parle de façon désorganisée, a l'air d'être déconnectée, pleure sans arrêt, lui demander de vous écouter et de vous regarder, si elle peut vous donner son nom, si elle sait où elle est et si elle peut décrire l'environnement pourront l'aider à se stabiliser.

Au cas où vous n'obtiendrez pas de résultats, un exercice qui s'appelle 'ancrage' (grounding'), pourra aider (Fiche à ajouter dans les annexes).

Lorsque aucune des interventions citées n'ont aidé à stabiliser, l'approche médicamenteuse pourra être considérée et un professionnel en santé mentale pourra être appelé.

d. Référence

A la fin d'une consultation médicale d'une victime de violence sexuelle, il est impératif de référer la personne vers une prise en charge psychosociale avec le consentement de la personne. Si le service psychosocial fait partie des services offerts dans le structure sanitaire, la référence est simple mais doit quand même être **bien expliquée**, car la prise en charge psychosociale n'est pas encore connue ou bien intégrée dans beaucoup de milieux. Il est ainsi important d'expliquer qu'avoir subi une violence sexuelle n'a pas seulement des conséquences au niveau physique mais affecte une personne aussi au niveau des pensées, des sentiments et des comportements.

Donner des exemples de certaines réactions courantes comme la peur, la tristesse, les souvenirs intrusifs, les évitements. Si possible utilisez des exemples éprouvés par la victime pourrait faciliter la compréhension. Après avoir normalisé ces réactions, vous pourrez expliquer que pour ces soigner ces signes il n'existe pas de médicaments mais que

vous pouvez la référer vers un spécialiste, un assistant psychosocial qui pourra l'aider à mieux gérer ces symptômes.

Il est aussi important de souligner que cet assistant psychosocial se doit aussi de bien respecter la **confidentialité** et personne ne pourra savoir pourquoi elle va le consulter. Après avoir regardé si la personne a bien compris la valeur ajoutée de ce service, il est important de demander son accord pour la référence. Il faudra remplir la fiche de référence et demander son consentement éclairé.

Au cas où la prise en charge est organisée dans une autre structure, il est important de bien expliquer l'organisation de cette structure et indiquer le service.

Aider à la gestion de l'événement traumatique :

Au cas où une référence vers un professionnel de santé mentale n'est pas possible, il est important d'aider la personne d'une façon simple à gérer ce qui lui est arrivé. Certaines étapes décrites ensuite, pourront être suivies déjà au cours de la consultation pour lui aider à mieux faire face aux réactions de stress qu'elle éprouve.

Pour aider une victime à mieux gérer l'événement traumatique qu'elle vient de subir, il faut premièrement **lui expliquer les réactions courantes de stress**. Il est conseillé de le faire d'une façon interactive, de façon à ce que la personne puisse reconnaitre ses réactions et mieux les comprendre. Quand la personne explique ses réactions et ses symptômes, il est important de les **normaliser** après. Eprouver ces réactions de stress en soi, pourra effrayer la personne ou lui donner l'impression qu'elle est en train de devenir folle ou qu'elle est en train de perdre le contrôle. Mieux comprendre ces réactions peut déjà aider à diminuer un peu le niveau de stress.

Il faut lui **donner des informations sur les différentes stratégies de gestion de stress** et revoir avec elle quelle stratégie qu'elle utilise. Les stratégies non-adaptatives comme par exemple l'abus de l'alcool, faire des activités à risque, se retirer des activités sociales, sont à éviter. Par contre des stratégies adaptatives comme passer du temps avec des proches, reprendre ses routines, dormir suffisamment, sont à encourager et la gamme de ces dernières est à élargir.

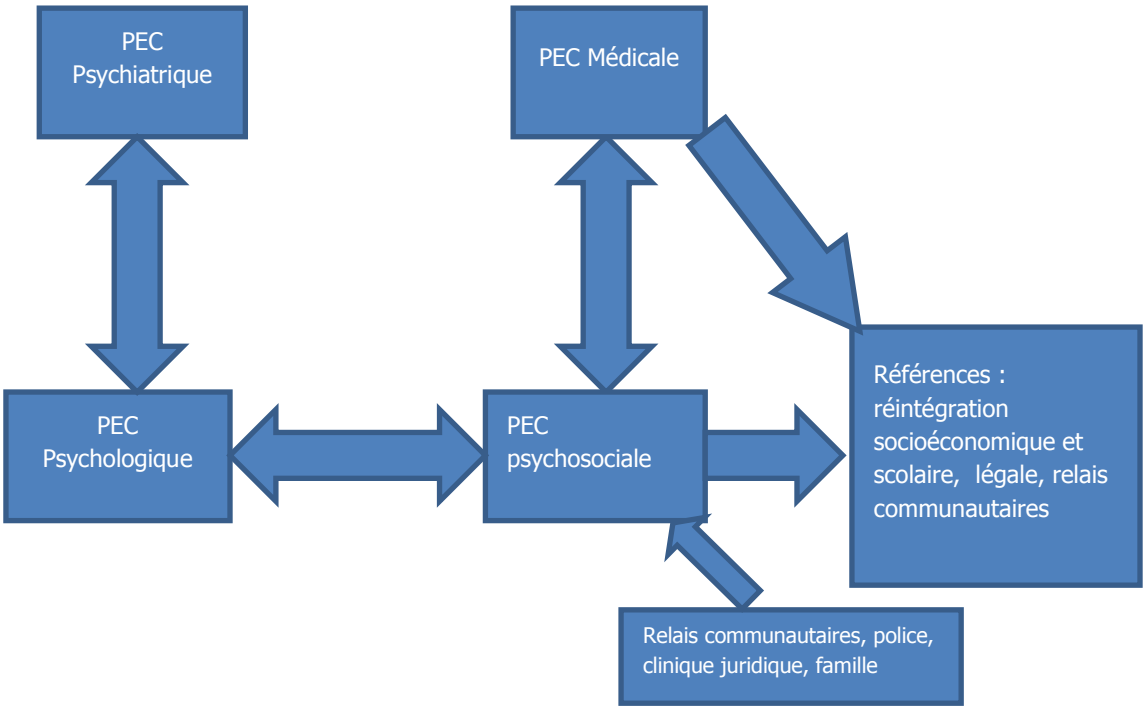
Lui **enseigner des techniques simples de relaxation** pourra l'aider à mieux gérer certaines de ses réactions de stress comme la peur, les flashbacks Finalement, il faut aussi savoir **donner un premier soutien en cas d'émotions intenses** de tristesse, colère, culpabilité, gène et l'aidez dans ses troubles de sommeil ou l'abus des drogues.

Aider à se reconnecter.

Pour aider la personne à faire face à l'événement traumatique qu'elle a vécu, il est important de l'aider à se **reconnecter avec des personnes ressource**[12] dans son entourage. Il faut d'abord discuter avec elle du type de support dont elle a besoin et les personnes qu'elle pourra approcher pour le recevoir. Une fois clarifié, vous pouvez voir avec elle comment elle pourrait faire pour prendre contact avec ces personnes. Rappelez-vous que la plupart des victimes préfèrent ne pas parler de leur agression.

[12] Personne ressource : assistant psychosocial,

En cas de besoins, vous pouvez la référer **à des services appropriés**.



5.5.9. Traitement de syndrome de stress post traumatique (SSPT) par la Thérapie Narrative par Exposition (TNE ou NET)

La thérapie narrative par exposition (NET) est une approche à court terme basée sur «thérapie cognitive comportementale et la thérapie témoignage. L'efficacité de la thérapie d'exposition narrative a été évaluée dans un essai contrôlé randomisé. Réfugiés soudanais vivant dans un camp de réfugiés ougandais (N 43) qui ont été diagnostiqués comme souffrant du syndrome de stress post-traumatique (SSPT), ont reçu 4 sessions de NET, 4 séances de counseling de soutien (SC), et 1 session psychoéducation (PE). Un an après le traitement, seulement 29% des participants au NET ont présenté les signes et symptômes de SSPT. Par contre 79% du groupe SC et 80% du groupe PE ont continué à remplir les critères du SSPT. Ces résultats ont indiqué que NET est une approche prometteuse pour le traitement du SSPT pour les réfugiés vivant dans des conditions dangereuses.[13]

Le SSPT sera dépisté chez toutes les femmes SGBV+, à l'aide d'un outil de dépistage du SSPT normalisé. Les femmes qui répondent au critère établi en matière de seuil pour le SSPT bénéficieront de 4-6 séances individuelles de TNE avec le psychologue

[13] Frank Neuner andall, A Comparison of Narrative Exposure Therapy, Supportive Counseling, and Psychoeducation for Treating Posttraumatic Stress Disorder in an African Refugee Settlement. Journal of Consulting and Clinical Psychology 2004, Vol. 72, No. 4, 579–587

clinicien. À l'issue de la TNE, les femmes seront orientées vers un Groupe de solidarité pour femmes afin d'y recevoir un soutien continu. Les femmes qui ne répondent pas aux critères de SSPT recevront un soutien psychosocial du psychologue au cours de la première séance et seront ensuite orientées vers un groupe de solidarité pour femmes afin d'y recevoir un soutien continu.L'outil de Dépistage de SSPT et algorithme NET sont en annexe

5.5.10. Suivi médical de la victime

Les visites de suivi pour les victimes recevant une prophylaxie post-exposition (PEP) pour le VIH diffèrent légèrement de celles pour les victimes n'en recevant aucune.

Tableau de suivi médical

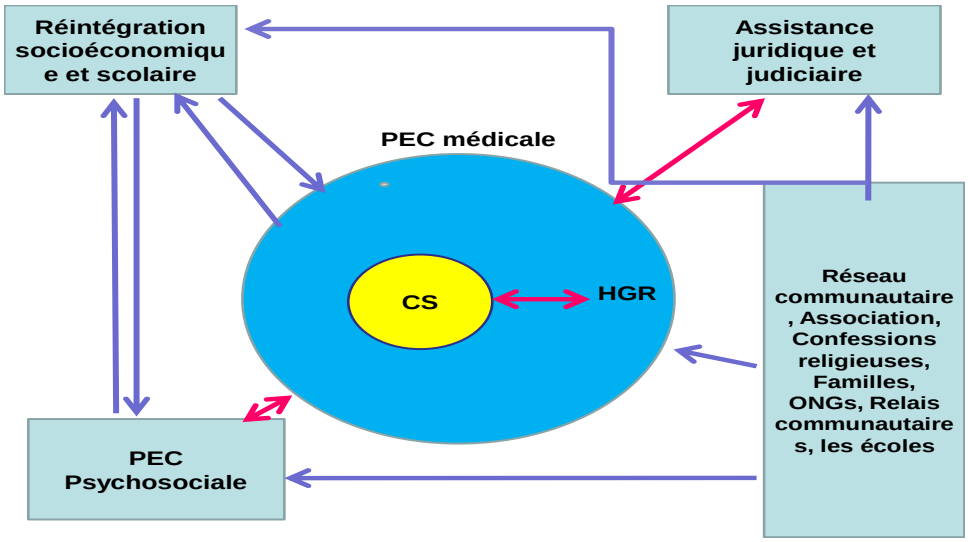
Dates des rendez-vous de suivi après la 1ère prise en charge	A reçu PEP (ARV, IST, prévention grossesse et vaccination) [14]	N'a pas reçu PEP
1 semaine	- Evaluation des effets secondaires + adhérence aux ARV - Donner le reste du traitement ARV si nécessaire - Proposer test de grossesse si non fait lors de la 1ère prise en charge - Examen médical IST - Proposer test HIV si non fait lors de la 1ère prise en charge - Evaluer état émotionnel	Pas de suivi
2e semaine	Pas de suivi	- Proposer test de grossesse si non fait lors de la 1ère prise en charge - Examen médical IST - Proposer test HIV si non fait lors de la 1ère prise en charge - Evaluer état émotionnel
4e semaine	- Proposer un test de grossesse - Examen médical IST - Proposer un test HIV si précédent négatif ou si non fait - Evaluer état émotionnel - 2ème dose vaccin Hépatite B et antitétanique	- Pas de suivi
3e mois	- CPN (pour les grossesses et en cas de séropositivité orienter vers centre PTME)	- Evaluer la grossesse si indiqué - Examen médical IST

[14] Voir les tableaux précédents de traitement et vaccination.

Dates des rendez-vous de suivi après la 1ère prise en charge	A reçu PEP (ARV, IST, prévention grossesse et vaccination) [14]	N'a pas reçu PEP
	- Test VIH/contrôle, - Contrôle des IST. - détection de l'état émotionnel,	- Proposer un test HIV si précédent négatif ou si non fait - Evaluer état émotionnel
6e mois	- Proposer un test HIV si précédent négatif ou si non fait - Evaluer état émotionnel - Référer vers une structure de soutien psychosocial si pas fait lors des précédents rendez-vous - 3ème dose vaccin hepatite (schéma standard)	- Proposer un test HIV si précédent négatif ou si non fait - Evaluer état émotionnel - Référer vers une structure de soutien psychosocial si pas fait lors des précédents rendez-vous

Concernant les autres conséquences liées à l'agression sexuelle, se référer aux autres protocoles nationaux.

Circuit de la victime à partir de la PEC médicale.



5.5.11. Référence vers une structure sanitaire supérieure

Dans les cas où les soins dont le/a patiente a besoin ne pourraient pas être pris en charge par la structure actuelle, un référencement s'impose. Exemple : chirurgies, pas de personnel formé pour administrer les soins spécifique. La personne sera par la suite contre-

référée vers la structure du début après avoir bénéficié des soins. Il est important de remplir la fiche de référence et contre-référence.

Référence vers un autre type de soutien

Le prestataire est dans l'obligation d'informer la victime du parcours de soutien ainsi que de sa liberté de choix. Orienter les victimes de violence sexuelle vers les services spécialisés tels que : Structures suivantes selon les besoins de la patiente : Vers une prise en charge -psychosociale –judiciaire et de réinsertion économique et scolaire.

5.5.12. Soutien psychosocial

Les groupes de solidarité pour femmes sont des groupes de soutien ouverts à toutes les femmes qui ont subi des violences sexuelle et « basée sur le genre » dans le passé et / ou qui en subissent actuellement. Les groupes sont animés par une animatrice qui présente les sujets éducatifs clés sur les violences sexuelle et « basée sur le genre » (à l'aide du Tableau mural d'éducation sanitaire et la Roue du pouvoir et du contrôle en annexe) et qui se sert de ses compétences d'animation de groupe pour encourager les participantes à se confier et se soutenir. Les guides d'animation de groupe est un outils conçus pour aider les animatrices à mener des discussions qui aideront à : diminuer l'isolement vécu par de nombreuses femmes, discuter de messages éducatifs, et encourager les femmes à faire part de leurs histoires et à se soutenir mutuellement.

5.5.13. Techniques d'évaluation

Questions/ Réponse

- Citer les éléments de l'évaluation à visée médicolégale
- Expliquer le rôle du prestataire médico-sanitaire dans l'administration de la justice en cas des violences sexuelles
- Cas cliniques, exercices à résoudre

CHAPITRE 6 : ORGANISATION D'UN SERVICE DES SOINS DE SANTE AUX SVS

6.1. INTRODUCTION

Ce chapitre sert à préparer un cadre spécifique d'offre des soins aux SGBV et produire un plan pour son unité de travail

6.2. OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

6.2.1. Objectifs spécifiques

A la fin de la formation le participant doit être capable d'organiser un service spécifique pour une PEC de qualité des SVS.

6.2.2. Objectifs opérationnels

Lorsqu'il sera appelé à organiser un service spécifique pour une PEC de qualité des SVS, le participant doit être capable de :

- Identifier les Ressources (matérielles, humaines, espaces, flux des SVS, imprimés de valeurs)
- Décrire les informations nécessaires pour adapter le protocole à leur environnement local.
- Conserver de manière confidentielle tous les documents de travail
- Décrire les ressources de référence nécessaires aux survivantes d'agressions sexuelles.
- Déterminer les besoins pour améliorer la qualité de service
- Déterminer les ressources manquantes dans le système de référence et dresser un plan pour combler les vides et améliorer la communication entre les divers organismes.
- Elaborer un plan de travail préliminaire pour la PEC des SVS

6.3. METHODOLOGIE

- Exposés suivis de discussions
- Cas cliniques
- Brainstorming
- Jeu de rôle
- Travaux en groupe
- Travaux en plénière

Matériels didactiques

- Flip shart + marqueurs
- Tableau noir+ craies
- Rétroprojecteur +lap top
- post –it
- papier bristol

6.4. DUREE

2H

6.5. CONTENU

6.5.1. Check-liste pour la prise en charge

L'organisation d'un service de PEC des SVS suppose un minimum des préalables en ressources. Le check-liste reprend les ressources minima pour la prestation des services la PEC des SVS.

1. Protocole	
• Protocole médical écrit dans la langue de l'opérateur*	
2. Personnel	
• Professionnels médico-sanitaires (locaux) formés et disponibles 24h/24*	
• Pour les victimes de sexe féminin, une opératrice médico-sanitaires parlant leur langue (situation optimale). Si cela n'est pas possible, une assistance sanitaire (ou une amie) doit être présente dans la salle pendant l'examen*	
3. Meubles /Aménagement	
• Salle (privée, tranquille, accessible, avec accès à une toilette ou latrines)	
• Table d'examen*	
• Eclairage de préférence fixe (une torche pourrait effrayer les enfants)*	
• Miroir grossissant (ou vaginoscope)	
• Accès à un autoclave pour stériliser les équipements*	
• Accès aux équipements /microscope/technicien de laboratoire formé	
• Echelle de hauteur et diagramme de poids pour les enfants	
4. Fournitures	
• « Kit à viol » pour la collecte des preuves médico-légales, comprenant :	
✓ Spéculum* (de préférence en plastique, à usage unique, tailles pour adultes seulement)	
✓ Peigne pour récupérer des corps étrangers parmi les poils pubiens	
✓ Seringues /aiguilles (papillon pour les enfants)/tubes pour les prélèvements sanguins	
Lames en verre pour préparer les lamelles humides et/ou sèches (pour le sperme)	
✓ Tampons au bout en coton/applicateurs/compresses pour le prélèvement des échantillons	
✓ Conteneurs de laboratoire pour le transport des tampons à prélèvements	
✓ Feuilles de papier pour collecter les débris lorsque la victime se	

déshabille	
✓ Mètre à ruban pour mesurer les dimensions des bleus, des lacérations, etc.*	
✓ Sac en papier pour la collecte des preuves*	
✓ Ruban adhésif pour fermer et étiqueter les conteneurs/sacs*	
✓ Fournitures de protection générale (gants, poubelle pour le traitement spécifique des matériels contaminés ou tranchants, savon)*	
✓ Equipement de réanimation pour les réactions anaphylactiques*15	
✓ Instruments médicaux stériles (kit) pour réparer les déchirures, et matériel de suture*	
✓ Aiguilles, seringues*	
✓ De quoi couvrir la victime du viol pendant l'examen*(blouse, tissu, drap)	
✓ Vêtements pour remplacer ceux qui ont été déchirés ou prélevés à titre de preuve	
✓ Fournitures sanitaires (tampons, serviettes ou tissus)*	
✓ Tests de grossesse	
✓ Disque de calcul de la grossesse	
5. Médicaments	
✓ Pour le traitement des IST, selon le protocole national*	
✓ Pour la prophylaxie post-exposition de la transmission VIH (PEP)	
✓ Pilules contraceptives d'urgence et/ou disponible intra-utérins (DIU)*	
✓ Toxoïde tétanique, immunoglobuline tétanique	
✓ Vaccin contre l'hépatite B	
✓ Analgésique*(par exemple, paracétamol)	
✓ Anxiolytic (exemple : diazépam)	
✓ Sédatifs pour enfants (par exemple, diazépam)	
✓ Anesthésique local pour les sutures*	
✓ Antibiotiques pour le traitement des plaies*	
6. Fournitures administratives	
✓ Diagramme médical avec pictogrammes*	
✓ Formulaires de consigne de l'assistance post-viol	
✓ Formulaires de consentement*	
✓ Brochures d'informations pour l'assistance post-viol (pour les victimes)*	
✓ Armoire fermable à clé pour conserver les documents confidentiels dans des conditions de sécurité*	

RH

Ressources essentielles au centre de santé

- Une salle d'examen privée pour la survivante, dont le son et la vue sont isolés
- Un bon éclairage pour l'examen

* Les éléments identifiés en astérisque représentent les besoins minimums pour l'examen et le traitement des victimes de viol.

- Des draps pour la recouvrir pendant l'examen
- L'accès à des toilettes et à un endroit pour se laver
- Une réserve approvisionnée de médicaments adéquats
- Une réserve approvisionnée de documents administratifs
  Des fournitures pour les preuves médico-légales (si nécessaire)

Organisation du personnel et du matériel

- Tous les établissements de santé sont aménagés différemment. On peut être amené à procéder à certains aménagements pour les adapter aux exigences de prise en charge des survivants de VS. Par exemple, renoncer à une salle commune pour disposer des locaux privés plus discrets et respectant la confidentialité.
- Il est également important de savoir ce qui ne peut pas être fait dans votre formation. Même si les normes sont respectées, on doit veiller à maintenir la qualité des soins offerts.

Toutes les formations médicales doivent avoir :

- Un protocole adapté au contexte local et à la législation relative aux agressions sexuelles
- Un personnel médical formé spécifiquement aux soins pour les survivantes
  D'agressions sexuelles, sur place ou disponible à tous
  La garantie d'un témoin/compagnon féminin pendant l'examen
  Un projet pour orienter la survivante vers des services d'assistance psychologique, juridique, et autres services
- Un Schéma de circuit des clients dans l'unité de soins
- Les infrastructures et équipements nécessaires pour assurer la confidentialité et le secret professionnel
- Instructions de réponse à la réquisition médicale et administrative
- Notions d'intégration.

Il est important de connaitre à quel niveau se situe votre formation médicale dans la pyramide des soins pour déterminer les activités à mener et les acteurs à impliquer.

Le paquet minimum et le paquet complet d'activités
a)Paquet minimum (CS)

Ressources Humaines	Infra- structure	Equipement et Matériel	Médicaments, Intrants et consommables	Interventions	Outils de gestion
Infirmier(e) A2, laborantin formés dans la prise en charge des survivants des violences sexuelles	Centre de santé répondant aux normes de la zone de santé	Equipements et matériels d'un CS répondant aux normes de la ZS auquel on ajoute **le Kit viol** : Speculum de préférence en plastique, à usage unique, taille pour adulte seulement Peigne pour récupérer les corps étrangers parmi les poils pubiens Seringues/aiguilles (Butterfly pour les enfants), tubes pour le prélèvement sanguin Lames en verres pour préparer les lamelles fraiches et/ou humides (pour les spermes) Ecouvillon avec	Médicaments, Intrants et consommables conforment à la liste nationale des médicaments essentiel et spécifiquement : Kit violence sexuelle contenant : - Test rapide du VIH : Determine ; unigold et IHV double check - ARV : Zudovidine (AZT) : 60 comprimés, Lamvidine (3TC) : 60 comprimés, Lopinavir (LPV/r) 90 comprimés -Arv en suspension - Antibiotiques : Céfixime 2 comprimés de 200mg, Azithromycine 4 comprimés de 250mg, - Test de grossesse - Pilule du lendemain ou PCU : Lévonogestrel 2 pilule de 750 mcg et ou	• Soutien psychoaffectif • Anamnèse et description des faits • Examen physique • Collecte des preuves médico-l égales • Prévention des infections à VIH, des IST, de la grossesse, tétanos et de l'Hépatite B	Principes directeurs Dossier médical Référence médical Certificat médical pour enfant et adulte Pictogrammes Registre des patients Fiche de stock Rapport médical Statistiques du volet médical Fiche incident

		coton/applicateur/compresses pour le prélèvement d'échantillon Récipient de laboratoire pour le transport des écouvillons Feuilles de papier pour collecter les éventuels débris lorsque la victime se déshabiller Mètre ruban pour mesurer la taille des lésions Ruban adhésif pour fermer et étiqueter les récipients/sac Sac en papier pour la collecte des preuves histoires cliniques Miroir grossissant Armoire fermant à clé	DUI - Vaccin et sérum antitétanique - Vaccin contre l'Hépatite B - Analgésiques	• Traitement des lésion et autres problèmes identifiée • Référence/ contre référence • Suivi	

b) Paquet complet (HGR)

Ressources humaines	Infrastructure	Equipement et matériel	Médicaments, Intrants et consommables	Interventions	Outils de gestion	Annuaire d'adresses
Infirmiers A2 Médecins généralistes, spécialistes, laborantin formés dans la prise en charge médicale des survivants des violences sexuelles	HGR répondant aux normes d'infrastructures de la ZS avec spécifiquement des services de gynéco-obstétrique et de chirurgie	Equipements et matériels d'un CS répondant aux normes de la ZS auquel on ajoute **le Kit viol** : décrit au niveau du CS	Même trousse qu'au niveau de CS	• . Soutien psychoaffectif • Anamnèse et description des faits • Examen physique • Collecte des preuves médico-l égales • Prévention des infections à VIH, des IST, de la grossesse, tétanos et de l'Hépatite B • Traitement des lésions et autres problèmes identifiée • Référence/contre référence Suivi	Principes directeurs Dossier médical Référence médical Certificat médical pour enfant et adulte Pictogrammes Registre des patients Fiche de stock Rapport médical Statistiques du volet médical Fiche incident	PEC psychosociale Réinsertion Référence juridique.

6.5.2. Les Acteurs de la Prise en Charge Médicale

1 Au niveau primaire

Dénominations du personnel :	Personnel paramédical : infirmier/infirmière, sage-femme/accoucheuse, laborantin, et en supervision : le médecin. Personnel administratif : réceptionniste,
Lieu de travail :	Centre de santé
Genre/Sexe :	Homme ou Femme
Langues parlées et écrites :	Français, langue nationale de la province et locale le cas échéant.
Formations initiales (contenu, nombre d'heures, etc.) :	Pour le personnel paramédical : Généralités sur SGBV, Techniques de communications (comment parler aux victimes de VS comment sensibiliser pour lutter contre SGBV, faire un plaidoyer en faveur des survivants) Prise en charge médicale, orientations vers les services d'aide (psycho, judiciaire, réinsertion sociale) et référence au niveau secondaire, collecte des données et rapports d'activités. Notions de base de la PEC psychosociale et la gestion de stress de base. NB : formation théorique et pratique. Globalement six jours. Pour le personnel administratif : Généralités SGBV, principes d'accueil et technique de communication de base.
Fréquence de la Formation continue /Supervision/Suivi	Selon les normes, recyclage tous les ans et en fonction des besoins en formations sans oublier une prise en charge psychologique disponible pour les prestataires (déstresser). Mensuel pour primaire
Statut	salarié, fonctionnaire
Nombre d'acteurs formés/zone de santé/ par aire de santé	Selon les normes dans les centres de santé.

Qualité professionnelle requises :	Empathie, Absence de jugement, dévouement, capacité d'écoute, d'équité, disponibilité, confidentialité, respect de la déontologie, aptitude à travailler en équipe.
Niveau d'études requis :	A2
Références vers quelles structures :	Centres spécialisées, HGR, CH privé et CHU

2 au niveau de recours

Dénominations du personnel :	Médecin généraliste ou spécialiste (chirurgien, gynécologue, obstétricien, anesthésiste, pédiatre) avec l'équipe médicale et paramédicale (infirmier/infirmière, sage-femme, laborantin)
Lieu de travail :	HGR, CH privé ou CHU
Genre/Sexe :	Homme ou Femme
Langues parlées et écrites :	Français, langue nationale de la province et locale le cas échéant.
Formations initiales (contenu, nombre d'heures, etc.) :	Généralités sur SGBV, Techniques de communications (comment parler aux victimes de VS comment sensibiliser pour lutter contre SGBV, faire un plaidoyer en faveur des survivants) Prise en charge médicale, orientations vers les services d'aide (psycho, judiciaire, réinsertion sociale) et référence au niveau secondaire, collecte des données et rapports d'activités. NB : formation théorique et pratique. Globalement Six jours. Formations spécialisées pour certaines catégories Pour autres catégorie
Fréquence de la Formation continue /Supervision/Suivi	Selon les normes, recyclage tous les ans et en fonction des besoins en formations sans oublier une prise en charge psychologique disponible pour les prestataires (déstresser). Trimestriel pour secondaire Mensuel pour primaire

Statut	salarié, fonctionnaire, etc. si activités subventionnées prévoir primes ou collation
Nombre d'acteurs formés/zone de santé/ par aire de santé	Selon les normes dans les hôpitaux en fonction de nombre de lits et catégories professionnelles.
Qualité professionnelle requises :	Empathie, Absence de jugement, dévouement, capacité d'écoute, d'équité, disponibilité, confidentialité, respect de la déontologie, aptitude à travailler en équipe.
Niveau d'études requis :	A2/A1/L2, Médecin généraliste ou spécialiste…
Références vers quelles structures :	Centres spécialisés et/ou autres services d'aide.

CHAPITRE 7 : COLLABORATION AUX ACTIVITES DE LUTTE CONTRE LES VIOLENCES BASEES SUR LE GENRE DANS LA COMMUNAUTE

7.1. INTRODUCTION

La lutte contre les SVBG représente aujourd'hui dans notre pays une urgence politique et un problème véritable de santé publique.

Les SVBG ne détruisent pas uniquement la santé physique et mentale des SVS mais aussi le tissu familial, social et économique de la communauté

La réussite des actions de prévention et de réponse des SVBG repose sur deux bases complémentaires :

- Le soutien communautaire pour une appropriation et une auto-prise en charge
- L'adhésion des décideurs pour un changement de comportement, politique, programmes et plans de développement

Eu égard à leurs complexité, le travail en collaboration avec d'organisations multiples aident à identifier et concevoir des stratégies communes pour faire face à cette violation des droits humains.

Le phénomène connaît aujourd'hui un attention particulier tant au niveau national qu'à l'échelle internationale, bien qu'il soit encore souvent banalisé ou sous-estimé. Les activités de lutte contre ce phénomènes doivent être mené dans nos communautés pour une bonne PEC des SGBV et entrainer un changement de comportement dans le vaincu quotidien de la population entière.

7.2. OBJECTIFS DE FORMATION

7.2.1. Objectif spécifique

A la fin de la formation, le participant doit être capable de :

Collaborer aux activités de lutte contre les SVBG dans la communauté

7.2.2. Objectifs opérationnels

Lorsqu'il sera appelé à participer aux activités de lutte contre les SVBG dans la communauté, le participant doit être capable de :

- Mener les activités de lutte contre les SVBG avec les animateurs des communautés, les leaders des communautés, les églises, les ONG qui développent les AGR (activités génératrices de revenue) et autres prises en charge
- Assurer le plaidoyer en faveur des SVS

7.3. RESSOURCES

7.3.1. Matériels didactiques

- Chevalet et Flip charts / marqueurs ;
- Tableau noir et craies ;
- Bloc note
- Lap top, LCD, Rétroprojecteur

7.3.2. Durée :

7.4. MÉTHODES DE TRAVAIL

7.4.1. Activités du formateur

Le formateur :

- Introduit le sujet
- Pose des questions sur la problématique de SGBV
- Pose des questions sur les causes et conséquences des SGBV
- Pose des questions sur les actions à mener dans la lutte contre les SGBV
- Pose des questions sur les différents obstacles à la prise en charge des SVS
- Donne les éclaircissements sur le sujet
- Fait la synthèse

7.4.2. Activités du participant

Le participant :

- Répond aux questions du formateur
- Donne l'ampleur des SGBV
- Cite les causes et les conséquences des SGBV
- Donne les actions à mener dans la lutte contre les SGBV
- Cite les obstacles à la prise en charge des SVS
- Pose des questions d'éclaircissement
- Prend note des éclaircissements donnés par le formateur
- S'approprie de la synthèse

7.5. CONTENU

7.5.1. Activités de lutte contre les SGBV

Le prestataire participants aux activités de lutte contre les SGBV devra accompagner la communauté au travers des animateurs communautaires, les leaders des communautés, les églises, les ONG à mener les actions ci-après :

1°Les actions de prévention

On distingue trois niveaux de prévention

- **La prévention primaire** : ensemble des actions visant à prévenir la violence avant qu'elle n'apparaisse (exemple : sensibilisation sur la résolution pacifique des conflits, sur le respect des droits de l'Homme dans les écoles, les quartiers…).

- **La prévention secondaire :** mesures mises en place pour réduire les conséquences à court terme d'une violence installée (exemple : sensibilisation sur l'importance des soins dans les 72 heures après un viol, sur les soins pré hospitaliers, l'hébergement d'urgence…).
- **La prévention tertiaire :** démarches réalisées pour réduire les conséquences à long terme de la violence (exemple : suivi thérapeutique, suivi social, groupes de paroles…).

Les actions de prévention, quelle que soit leur forme, doivent être adaptées à l'environnement de l'intervention, au public ciblé et au(x) message(s) qu'elles cherchent à délivrer. Leur efficacité dépend également des outils sur lesquels elles s'appuient, dont la qualité et la pertinence sont en grande partie liées au fait qu'ils ont été élaborés en prenant en compte ou non les déterminants socioculturels de la communauté à laquelle ils s'adressent.

a)Les campagnes de sensibilisation de masse

Le phénomène des violences basées sur le genre touche toutes les sociétés, tous les milieux sociaux et toutes les sphères de vie des individus (privée et publique).

À ce titre, chacun est concerné par cette problématique et peut un jour y être confronté. C'est pourquoi certaines actions de sensibilisation doivent pouvoir s'adresser à la population dans son ensemble.

Il est également important de diffuser le plus largement possible des informations relatives aux démarches à entreprendre et aux structures auxquelles s'adresser.
Pour que la diffusion de l'information se fasse efficacement, les lieux et les moments choisis pour organiser ces campagnes doivent permettre de toucher une forte densité de population **:** églises**,** marchés, transports en commun, événements communautaires (mariage, naissance, baptême…)

La prudence est cependant recommandée lorsqu'il s'agit de diffuser des informations sur l'existence de lieux de prise en charge des victimes de violence, afin de ne pas contribuer à **la stigmatisation** que peuvent déjà connaître certains lieux et les personnes qui s'y rendent. En parallèle de leur mission d'information, les campagnes de sensibilisation doivent ainsi veiller à combattre **les préjugés** de la communauté sur les centres de prise en charge.

Les thèmes à développer pendant la compagne de sensibilisation :
• La problématique des SGBV (voir Stratégie Nationale de lutte contre les Violences Basées sur le Genre) • Les déterminants socioculturels • L'implication des hommes dans la lutte • L'implication de groupes spécifiques dans la lutte • Les lois protégeant les SVS • La dénonciation « Je dénonce » • Lutte contre l'impunité des auteurs • Le lien entre les SVBG et le VIH/SIDA • Les conventions internationales sur les droits humains : CEDEF, CDE,

- Les résolutions des NU sur la RDC en matière de SVBG……

Les supports de sensibilisation :

- Les affiches, les dépliants, T-shirts ;
- Les dessins plastifiés
- Les spots radiophoniques
- Les spots publicitaires
- Les panneaux publicitaires
- Les boites à images
- Les films

b) L'implication de groupes spécifiques

Les actions de sensibilisation peuvent s'adresser spécifiquement à certaines personnes ou certains groupes à risque (Professionnelles de sexe, les enfants de la rue, les handicapés…) qui sont particulièrement concernées par des situations de violence.

Ce type d'actions peut également s'adresser aux personnes considérées comme des acteurs du changement social (d'autorités politico-administratives de responsables religieux et de responsables éducatifs.les chefs des Eglises, les leaders d'opinion, de responsables militaires, les acteurs associatifs …) en les impliquant en tant que public cible ou en tant qu'animateurs.
La diffusion du message pourra alors être facilitée du fait de leur position influente au niveau communautaire.
Une attention particulière doit cependant être accordée au choix des personnes issues de la communauté, qui seront identifiées comme cibles et relais des messages de sensibilisation.

c)L'implication des hommes

Les violences liées au genre étant majoritairement perpétrées par des hommes, il est primordial que ces derniers soient pleinement intégrés aux actions de sensibilisation.
Pourtant, les hommes ont longtemps été oubliés, que ce soit en tant que public cible ou acteurs de sensibilisation

En outre, les hommes pouvant également être victimes de violence, il est important qu'ils soient eux aussi sensibilisés et informés sur ce phénomène afin qu'ils sachent où et à qui demander de l'aide.

Des groupes d'hommes peuvent ainsi être mobilisés et encouragés à agir non seulement individuellement, au sein de leur propre foyer et dans leur vie quotidienne, mais aussi collectivement, en association avec des organisations de femmes.
Influencés par les normes socioculturelles et sujets de nombreuses pressions sociales, les hommes doivent faire partie des solutions envisagées.

La prise en compte des déterminants socioculturels

Les déterminants socioculturels ont un impact sur les actions, les comportements, mais avant tout sur les perceptions des individus et des communautés.
Les déterminants socioculturels peuvent constituer une entrave à l'identification des services de prise en charge ou encore à l'application effective des évolutions législatives.

Fait partie des déterminants socioculturels l'ensemble des éléments de l'environnement d'un individu dans un contexte donné. Ces éléments sont d'ordre géographique, social, culturel, religieux, familial, économique ou encore liés au genre.
Les déterminants socioculturels ont un impact sur les actions, comportements et perceptions de chaque individu. Ainsi, la violence du fait de l'homme n'est pas un phénomène isolé mais est étroitement liée aux normes socioculturelles.

d) Le témoignage

Il doit néanmoins être réalisé dans des conditions qui ne renforcent pas l'insécurité et la stigmatisation des SVS

2°Les actions de réponse

Les réponses apportées dans le cadre de la lutte contre les SVBG doivent prendre en compte les victimes directes comme les victimes indirectes.

a)La prise en charge médicale

La prise en charge médicale est une porte privilégiée des SVS.

Les membres de la communauté (collectivité) doivent savoir :

- quels sont les services mis à la disposition des personnes victimes de viol
- pourquoi les victimes de viol auraient besoin d'une assistance médicale ;
- où se trouvent ces services ;
- que les victimes de viol doivent se rendre auprès du service médical **immédiatement ou dès que possible** après l'agression sans se laver ni changer leurs vêtements (dans **les 72 heures** après l'agression)
- que les victimes de viol peuvent être sûres que le service médical les traitera avec dignité et confidentialité, assurera leur sécurité et respectera leur intimité ;

b) La prise en charge psychosociale

La prise en charge psychologique des victimes de violences basées sur le genre représente l'ensemble des actions pour accompagner la personne dans sa reconstruction psychique et morale, après un événement ayant mis à mal son bien-être psychologique.

L'impact des violences liées au genre sur la santé mentale, et leurs possibles répercussions sous forme de troubles mentaux, révèle l'importance du volet psychologique, dans la prise en charge pluridisciplinaire des victimes de violence. Si les conséquences psychologiques des violences sont particulièrement visibles chez les personnes ayant directement subi ces actes, elles doivent également être considérées au niveau communautaire et sociétal.

Les réponses thérapeutiques aux violences basées sur le genre sont diverses et dépendent de la souffrance psychologique ressentie par la personne concernée, mais aussi des ressources disponibles dans le contexte.

Les conséquences des violences basées sur le genre sur la santé mentale sont multiples et peuvent être différenciées selon que l'on aborde ces répercussions sur les victimes directes ou sur les victimes indirectes.

L'impact des violences au niveau de la famille et de la communauté

Les violences liées au genre ont des conséquences psychologiques pour les personnes ayant directement subi ces violences. Elles peuvent également avoir des répercussions sur l'entourage de la personne victime : sa famille et sa communauté.
L'expansion des conséquences des violences s'inscrit d'abord dans la sphère familiale. Ainsi, il peut y avoir propagation des émotions négatives de la victime de violences aux autres membres de sa famille. L'instabilité émotionnelle, les souffrances psychologiques ressenties individuellement influent sur le couple et la famille.

Il se peut également que certains membres de la famille ou de l'entourage des victimes aient été témoins des actes de violence et peuvent de ce fait souffrir psychologiquement. Ces personnes sont alors des victimes directes de l'événement traumatique. De même, certains membres de la famille peuvent être les agresseurs (violences conjugales, maltraitance, inceste…).
Dans ce cas, la dynamique familiale ayant contribué à ces violences doit être prise en compte afin d'appréhender les comportements et réactions de chaque membre face aux violences.

Tout comme le sont les réactions psychologiques, les réponses thérapeutiques aux violences sont diverses et dépendent des besoins des personnes, mais aussi du contexte

c)La réinsertion économique et scolaire

Il s'agit du processus conférant à une personne les capacités et l'autonomie nécessaires pour se réinsérer dans la société à travers des activités sociales, économiques, ou encore éducationnelles.
Ces actions doivent répondre aux difficultés socio-économiques de la personne, lui permettre de retrouver une place / un rôle dans la société, de dépasser sa situation d'exclusion et de faciliter son autonomisation.

Elle permet de déterminer et de dépasser les faiblesses [individuelles] et les limites [liées au contexte] contribuant à une situation de vulnérabilité, et d'aboutir à la jouissance des droits sociaux et économiques.
Il s'agit alors d'envisager et d'identifier, avec la personne qui a subi des violences, les solutions possibles et les ressources disponibles, que ce soit dans l'environnement familial et social de la victime (appui de la famille ou d'amis), ou à travers des associations/organisations de la société civile ou des structures institutionnelles.

- **Activités Génératrices de revenus** : C'est une activité qui vise à doter aux SGBV de moyens nécessaires pouvant leur permettre de se prendre en charge par une activité commerciale ou de production qui pourra régénérer un surplus par rapport au fonds investi tout en garantissant la consommation journalière. **Le développement d'activités géné**ratrices de revenus permet d'aider les SGBV à accéder à une plus grande autonomie financière et à renforcer leur indépendance et leur participation dans le cadre du foyer et de la communauté

- **Education non formelle :** C'est une activité qui intéresse les SVS qui n'ont pas bénéficié de l'éducation formelle. C'est un système d'éducation de rattrapage. Elle est caractérisée par sa variété, sa souplesse à répondre rapidement aux besoins éducatifs grâce à des programmes extrascolaires adaptés, susceptibles de faire acquérir des capacités d'alphabétisation et de calcul. Elle est donc une éducation de la seconde chance.
- **Les microcrédits** consistent en l'attribution de prêts de faible montant et s'adressent à toutes les personnes qui ne peuvent accéder aux prêts bancaires classiques.

d) La prise en charge légale

Orientations

Le/la survivant(e) est orienté(e) à partir des services médicaux/psychologiques ou des cliniques juridiques, mais peut aussi se présenter directement au service judiciaire ; il/elle est entendu/e sous procès-verbal.

Mécanismes de protection du/de la survivant/e:

a. **Information et sensibilisation des leaders communautaires sur** :
   - Lois sur violences sexuelles
   - Droit de l'homme et de l'enfant
   - Loi portant protection de l'enfant
   - Loi portant protection des PVV et PA
   - Mécanismes juridiques

b. **Sensibilisation de la communauté sur la capacité d'évaluer les risques et prendre des actions appropriées pour la sécurité des survivants** :
   - Dans les cas de risques, possibilité de déplacement du/de la survivant/e en dehors de son milieu
   - Pour les enfants et des adultes, possibilité de trouver des familles d'accueil temporaires ou à plus long terme
   - Mesure de la communauté d'éloigner l'auteur
   - Capacité de la communauté d'assumer une partie des responsabilités de la protection et de la prévention.

7.5.2. Plaidoyer en faveur des SVS

1°Définition

- Le plaidoyer est une stratégie de communication qui cible des décideurs afin de les amener à s'impliquer, à s'engager et à prendre la bonne décision pour la communauté toute entière
- Un plaidoyer est un acte ou un processus par lequel on soutient une cause ou un thème
- Une campagne de plaidoyer est un ensemble d'action ciblée visant à soutenir une cause ou un thème. Nous plaidons en faveur d'une cause ou d'un thème parce que nous voulons :
  - Faire en sorte que cette cause ou thème soit défendu
  - Influencer les autres pour obtenir leur soutien ou
  - Essayer d'influencer ou modifier la législation qui s'y attache

2°Identification des obstacles pour la PEC

Il existe de **nombreux obstacles à la prise en charge des SVS.**
Les premières difficultés proviennent des personnes victimes elles-mêmes, qui peuvent hésiter à entreprendre une démarche de prise en charge par peur de la stigmatisation, peur du rejet ou de représailles, ou encore parce qu'elles ont honte.

Les structures de prise en charge peuvent également être difficilement accessibles, notamment pour des raisons économiques ou géographiques. D'autres obstacles sont en lien avec les intervenants.

a) Obstacles en lien avec les survivants (es)

La peur de la stigmatisation

La stigmatisation de la part de la famille et de la communauté, notamment lorsqu'il s'agit de violences sexuelles**,** est une épreuve largement et fréquemment endurée par les survivants (es)
Cette stigmatisation peut prendre la forme de l'annulation d'un mariage pour des fiancés, de l'abandon du domicile conjugal par le mari ou de la répudiation, de la perte du travail…..
Les victimes de violence peuvent donc être réticentes à se rendre dans une structure ou dans un service de prise en charge, car le fait même de faire cette démarche peut susciter des questions et des interrogations de la part de leur entourage. Le risque de stigmatisation est particulièrement important dès lors que la structure se veut spécialisée dans la prise en charge des victimes de violence et l'affiche clairement.

« J'étais partie chercher du bois à brûler pour ma famille lorsque trois hommes armés sur des chameaux sont arrivés et m'ont entourée. Ils m'ont maintenue, m'ont attaché les mains et violée l'un après l'autre. Lorsque je suis rentrée chez moi, j'ai dit à ma famille ce qui s'était passé. Ils m'ont jetée dehors et j'ai dû construire ma nouvelle hutte loin d'eux. J'étais fiancée à un homme et j'attendais avec impatience de me marier. Après mon viol, il a refusé de se marier avec moi et a annulé le mariage car il a dit que j'étais maintenant déshonorée et salie. »

Plaidoyer à faire par le prestataire :

- Sensibilisation de la communauté
- Intégration des activités de PEC dans les structures sanitaires existantes
- Formation/sensibilisation des intervenants
- Médiation familiale
- Les groupes de parole

Les représailles

Les personnes qui osent sortir de leur silence sont fréquemment victimes de représailles**.** Ces représailles peuvent prendre différentes formes, telles que :

- De nouvelles violences commises par l'agresseur s'il apprend que la personne victime a parlé de l'agression à quelqu'un, y compris à un intervenant de prise en charge. Cette crainte est encore plus forte lorsque l'auteur des violences est un proche de la famille, quelqu'un de connu.

« Comment la plupart des viols sont commis par des gens connus des victimes, la proximité vis – à vis de l'auteur génère une crainte de représailles contre les victimes ou leur famille »

- Des châtiments, à travers des condamnations traditionnelles**.** Dans certaines coutumes, on considère parfois le viol comme un adultère pour la femme mariée et comme une relation sexuelle hors mariage pour les célibataires. Les femmes ayant été violées risquent donc d'être condamnées à être lapidées, incarcérées ou encore à recevoir des coups de bâtons si elles dénoncent les violences dont elles ont été victimes. Dans d'autre circonstance la justice traditionnelle peut imposer un mariage avec le violeur.

Plaidoyer à faire par le prestataire :

- Sensibilisation de la communauté
- Sécurité domiciliaire
- Dénonciation des auteurs
- Sécurité judicaire
- Formation/sensibilisation des intervenants
- Médiation familiale
- Les groupes de parole

La honte/culpabilisation

Dans de nombreuses communautés, l'honneur n'est pas une notion individuelle : chaque individu est responsable de l'honneur de sa famille, voire de la communauté.
Pour cette raison, la plupart des personnes s'interdisent de parler des violences dont elles sont victimes, car en en parlant, elles apportent la honte sur elles-mêmes, mais aussi sur leur famille et sur leur communauté.
Cette réalité est exacerbée dans les cas de violences sexuelles, car la sexualité cristallise de nombreuses valeurs et tabous, tant personnels que sociaux. Elle fait partie d'un véritable contrat social.

Plaidoyer à faire par le prestataire :

- Sensibilisation de la communauté
- Formation/sensibilisation des intervenants
- Médiation familiale
- Les groupes de parole

La minimisation du problème

Certaines personnes minimisent la situation de violence, car cette dernière s'inscrit dans un continuum (violences dans leur enfance, violences conjugales, harcèlement, etc.) ou dans un contexte de violence généralisée (en tant de conflit par exemple) : la violence est donc banalisée et perçue comme une fatalité par la personne qui la subit.

« La méconnaissance de ce que sont les violences sexuelles et de leurs conséquences physiques, psychologiques et sociales accentue la banalisation de tels crimes. Lorsque les victimes sont les filles des rues, cette indifférence est accentuée et ces agressions continuent à être perpétuées en toute impunité, renforçant leur sentiment d'impuissance. La banalisation de ces violences par la communauté, par les autorités et par les agresseurs implique que les victimes elles-mêmes normalisent ces actes. Ces violences deviennent monnaie courante lorsqu'on est une fille et que l'on vit dans la rue. »

Pour d'autres personnes, minimiser le problème équivaut à se protéger psychologiquement : elles tentent de gérer l'impact de l'agression en minimisant la gravité de ses conséquences. Elles peuvent ainsi refuser d'évoquer des souvenirs douloureux et évitent tout ce qui leur rappelle l'agression, car leur principale priorité est d'oublier.

Le manque d'accessibilité économique et géographique constitue un frein majeur aux démarches de prise en charge :

Dans bien des contextes, les structures pouvant répondre aux besoins des personnes ayant subi des violences basées sur le genre sont peu nombreuses, centralisées dans les grandes villes.
L'éloignement des structures de prise en charge est également problématique, car les violences entraînent souvent des problèmes de santé physiques et/ou psychologiques empêchant les personnes qui en sont victimes de faire de longs trajets. Dans les contextes de conflits, ces difficultés sont renforcées par l'insécurité qui peut limiter les déplacements.
Lorsque les possibilités de prise en charge sont limitées ou inexistantes, les intervenants peuvent être réticents à identifier une victime de violence, n'ayant pas ensuite la possibilité de l'orienter vers d'autres acteurs.
Plaidoyer à faire par le prestataire :

- Sensibilisation de la communauté
- Intégration des activités de PEC dans les structures sanitaires existantes
- Autonomisation des communautés par le renforcement de l'agriculture, la pêche et autres AGR
- Développement des microcrédits

b) Obstacles en lien avec les intervenants

Les préjugés

Les intervenants partagent souvent les préjugés de leur communauté vis-à-vis des situations de violence et cherchent alors à justifier ces actes par des arguments stéréotypés tels que le caractère incontrôlable des besoins sexuels des hommes, le comportement ambivalent des jeunes filles, perçu comme une cause des actes qu'elles ont subis, ou encore le comportement inapproprié des femmes qui rendrait leur partenaire violent.

Les représentations des intervenants sur les violences liées au genre conditionnent donc leur attitude envers les victimes qu'ils reçoivent. Leur propre vécu va nourrir ces préjugés et influencer leur prise en charge. Cela affecte la qualité des services offerts aux personnes victimes de violence, et a notamment une incidence sur leur identification

Le manque de formation/sensibilisation

Les obstacles à la prise en charge des violences liées au genre sont aussi en grande partie liés au manque de sensibilisation et de formation des intervenants se trouvant sur le parcours des personnes qui en sont victimes. Il s'agit notamment de renforcer la prise de conscience et la responsabilisation des professionnels envers ces personnes.

Au-delà de la capacité à les repérer et à les prendre en charge (ou à les référer), améliorer la qualité des services offerts aux victimes de violences liées au genre implique de faire évoluer les attitudes et les croyances relatives à ce phénomène.

La formation/sensibilisation sur cette thématique apparaît donc essentielle. Ces formations devront prendre en compte les expériences et les perceptions personnelles des intervenants**,** qui peuvent eux-mêmes avoir été confrontés à des situations de violence que ce soit en tant que victimes, témoins ou agresseurs.

La surcharge de travail

La surcharge de travail et le manque de temps ont été parmi les obstacles les plus fréquemment cités. Cette difficulté concerne particulièrement le personnel des structures non spécialisées (telles que les hôpitaux ou les centres de santé primaire), qui peut difficilement libérer le temps requis pour écouter les patients et prendre en charge un problème

Souvent considéré comme non prioritaire et non urgent (notamment les répercussions des violences qui ne sont « que » psychologiques).
La surcharge de travail caractérise également les contextes d'urgence pendant lesquels le nombre de patients augmente considérablement, limitant le temps pouvant être accordé à chacun d'entre eux. Dans ces situations, les blessures qui ne se voient pas ou qui sont difficiles à déceler sont rarement considérées comme des priorités.

La souffrance des intervenants

Les intervenants auprès des victimes de violence ont pour tâche d'écouter et de répondre quotidiennement à la souffrance humaine.

Ce travail nécessite de faire appel à d'importantes ressources personnelles et accentue la vulnérabilité à l'épuisement émotionnel et au traumatisme secondaire.

En pratique, l'épuisement émotionnel peut se traduire par une perte de sensibilité, une minimisation des problèmes racontés par les patients, un refus de les écouter de façon attentive, etc. Il peut aussi se manifester par des maladies psychosomatiques, des pensées récurrentes sur le travail ou les témoignages entendus, la projection de cette anxiété dans la sphère privée, une irritabilité générale, une perte de motivation pour le travail (retards, absentéisme), de la frustration, etc.

On parle de traumatisme secondaire « lorsque la rencontre avec une personne traumatisée constitue en elle-même un événement traumatique.
L'intervenant doit donc trouver la « bonne distance » avec les personnes prises en charge.

En outre, certaines confidences faites par les victimes peuvent éveiller chez un intervenant des souvenirs chargés d'émotions, notamment parce qu'il a lui-même subi ou été témoin de violences ; Il doit alors être en mesure de s'écouter, de prendre conscience de ce qui se passe en lui, de le nommer et d'en chercher la cause afin d'en faire une gestion adaptée.

La souffrance des intervenants peut ainsi représenter un frein à une prise en charge de qualité. Il convient donc de l'anticiper et de mettre en place des mécanismes permettant aux acteurs de prise en charge de mieux gérer leur proximité avec les situations de violence.

7.6. TECHNIQUES D'EVALUATION

Feedback des exercices

CHAPITRE 8 : GESTION DE L'INFORMATION, SUIVI ET EVALUATION DES ACTIVITES EN RAPPORT AVEC LA PEC DES SVS.

8.1. INTRODUCTION

Tenant compte du caractère confidentiel et du niveau de secret professionnel qu'exigent les soins de santé aux SVS, de l'usage judiciaire des informations liées aux soins de santé des SVS, sans oublier l'importance de l'information sanitaire pour la prise des décisions ; ce chapitre permet aux prestataires de gérer la ressource informations spécifiques aux SVS.

8.2. OBJECTIFS D'APPRENTISSAGES

8.2.1. Objectifs spécifiques

- A la fin de la formation le participant doit être capable de gérer les informations obtenues pendant l'administration des soins aux SVS.

8.2.2. Objectifs opérationnels

- Lorsqu'il sera appelé à gérer les informations en rapport avec les activités de PEC des SVS, le participant doit être capable de :
  - Enregistrer les données dans les registres, les fiches et autres outil
  - Tenir correctement les dossiers
  - Rédiger le rapport d'activités
  - Assurer le suivi et l'évaluation des activités de PEC des SVS

8.3. RESSOURCES

- grandes feuilles +marqueur
- LCD
- MODULE DE PEC DES SVS
- Modèle outils
- Photocopies dossiers des SVS
- Durée : 6 heures

8.4. METHODES D'APPRENTISSAGE

- Lecture individuelle
- Exercices

8.5. CONTENU

8.5.1. Gestion de l'information

Les documents de gestion de l'information sont résumés dans le tableau ci après :

outils au niveau de structures de santé	**responsable**	**périodicité**	**données à collecter**
Fiche d'identification des personnes victimes des VS	Réceptionniste ou RECO	journalière	identité
bons d'analyses des examens para clinique	Médecin ou autre prestataire	journalière	labo, radio, écho etc…..
bon d'orientation	Médecin ou autre prestataire	journalière	Motif, lieu d'orientation
dossier médicale ou fiche de traitement	Médecin ou autre prestataire	journalière	médicales
fiche de statiques médicales	Médecin ou autre prestataire	journalière	SGBV reçus, VVS prises en charge, cas référés
registre SGBV	Médecin ou autre prestataire	journalière	personnes ayant reçu le message clé SGBV, personnes avec SGBV+, violences affectives ou psychologiques violences physiques violences sexuelles violences économiques SGBV+ dépistés pour PTSD, SGBV avec PTSD, SGBV ayant reçu tous les soins prescrits (prophylaxie VIH, prévention IST, test grossesse, contraception d'urgence) selon les normes nationales, femmes avec PTSD ayant bénéficié de NET
certificat médicale pour enfants et adultes	Médecin ou autre prestataire	journalière	Age, sexe, Lieu et date du viol, diagnostic
fiche d'incidence	Médecin ou autre prestataire	journalière	

outils dépistage SGBV	Médecin ou autre prestataire	journalière	personnes sensibilisées, dépistées SGBV, PEC médicale et psychologique
fiche de référence et contre-référence	Médecin ou autre prestataire	journalière	Motif, lieu de référence
fiche de la formation&sensibilisation	assistant sociaux	journalière	Nombre de personnes ayant reçu le message clé SGBV au niveau de la structure
Formulaire d'entretien Psychologique SGBV ou formulaire sur SGBV	psychologue clinicien	journalière	COMPREHENSION ET LA PERCEPTION SUR SGBV, type de SGBV
Outil de dépistage du stress post-traumatique	psychologue clinicien	journalière	personnes dépistées SSPT, ayant bénéficié de NET

8.5.2. Suivi et évaluation

Le suivi ou monitoring est un processus d'observation et de collecte des données relatives a la mise en œuvre des activités, pour s'assurer qu'il évolue tel que prévu.

L'évaluation est processus systématique qui consiste à apporter de jugement sur indicateurs des résultats attendus, de tirer de leçon de l'expérience et de s'en servir pour améliorer les activités en cours et promouvoir une planification plus efficace par un choix judicieux entre diverses actions possibles

Il existe des indicateurs de processus et de résultats.

8.5.2.1. Indicateurs de processus

1) Renforcement des capacités du personnel

   - Nombre de prestataires de santé formés en PEC des SVS

2) Renforcement des capacités de structure de santé dans la ZS

   - Nombre de structures de santé équipées en matériels se soins et médicaments de PEC des SVS
   - Disponibilité des intrants : nombre de structure de santé n'ayant pas connu de rupture de stock de plus 5 jours dans 3 derniers mois .
   - Nombre d'outils disponible au niveau de structure de santé

3) Prise en charge

   - Nombre de cas de SVS reçus par la structure
   - Nombre de VVS prises en charge
   - Nombre de cas référés

4) coordination, suivi et évaluation

- Existence des outils SGBV dans les sites
- Existence de rapports d'activités SGBV

8.5.2.2. Les indicateurs de résultats

1) Couverture

- Nombre de ZS qui organisent les services de PEC des SGBV
- Nombre de structures de santé avec service SGBV
- Proportion de structures de santé avec service SGBV dans la zone de santé

2) Prise en charge

Dépistage SGBV Initié par le Prestataire

- Nombre de personnes ayant reçu le message clé SGBV au niveau de la structure
- Nombre personnes avec SGBV+
- Nombre de femmes victimes de violences affectives ou psychologiques
- Nombre de femmes victimes de violences physiques
- Nombre de femmes victimes de violences sexuelles
- Nombre de femmes victimes de violences économiques
- Nombre de femmes SGBV+ dépistés pour PTSD
- Nombre de femmes avec PTSD

Prise en charge médio-sanitaire

- Proportion/ Nombre des SGBV ayant reçu tous les soins prescrits (prophylaxie VIH, prévention IST, test grossesse, contraception d'urgence) selon les normes nationales
- Nombre de femmes avec PTSD ayant bénéficié de NET

Les indicateurs par rapport au viol et VIH SIDA

- Nombre de victimes reçues au niveau de structure de santé
- Nombre de victimes dépitées VIH+
- Nombre de victimes dépitées VIH-
- Nombre de victimes mises sous tar
- Nombre de victimes ayant contracté la grossesse
- Nombre de victimes orientées vers les services PTME
- nombre de victimes bénéficiant de la PEC spécifique
- nombre de victimes ayant accès au PEP
- nombre de victimes ayant accès au PEC IST
- nombre de victimes Conseillées sur l'utilisation de préservatif

MONITORAGE DE LA PEC DES SVS DANS LES STRUCTURES DE LA SANTE

Pour faire le suivi des activités de PEC des SVS, ils doivent utiliser les déterminants suivis de leur indicateur ci-après :

Les déterminants et indicateurs

1. Disponibilité des intrants :
   Nombre de structure de santé n'ayant connu de rupture de plus 5 jours de stocks en kit PEP et autres de PEC des SVS (voir calcul conformément au tableau monitorage 5ème Direction)
2. Utilisation initiale
   Nombre des cas SVS reçus par la structure

3. Adéquation/utilisation continue
   Nombre des SVS avec un dossier contenant un récit des faits, les résultats de l'examen clinique et des examens para cliniques)
4. Effectivité/ qualité
   Proportion/ Nombre des SVS ayant reçu tous les soins prescrits (prophylaxie VIH, prévention IST, test grossesse, contraception d'urgence) selon les normes nationales
   Autres indicateurs

- Tracer les graphiques

C Ef					
SR					
LCS					
dossier					
intrants					
reçus					

O 20 40 60 80 100

- Identifier les goulots d'étranglement
- Elaborer un micro plan. exercice
-

- Modèle des documents (en annexe)

Elaborer le tableau de bord à partir des indicateurs (voir protocole)
Modèle tableau de bord

Structure……

indicateurs	Trim1	Trim2	Trim3	Trim4	

8. TECHNIQUES D'EVALUATION

Feedback aux exercices

REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUE

1. OMS, « La violence à l'encontre des femmes et le VIH / sida : Principaux points de recoupements ; Violence exercée par le partenaire et VIH / sida », Série de bulletins d'information N° 1, 2005 ; Cité par MDM Guide VLG
2. Agency for Health Care Policy and Research, « HIV Cost and Services
3. Utilization Study », fiche d'informations, Rockville, 1998.
4. OMS, « La violence à l'encontre des femmes et le VIH/sida :
5. Principaux points de recoupements ; Violence exercée par le partenaire et VIH / sida », Série de bulletins d'information n°1, 2005.
6. Prof Tchomba et Dr MUELA ; Guide d'expertise médicolégale, Conseil National de l'Ordre des Médecins, RDC 2011
7. la Chancellerie, le Ministère de l'Intérieur et le Ministère de la Défense, le praticien face aux violences sexuelles, édition 2000 France
8. Organisation mondiale de la Santé II.UNHCR, Gestion clinique des victimes de viol : développement de protocoles à adopter avec les réfugiés et les personnes déplacées dans leur propre pays, 2003
9. PNSR, module de formation des cadres de l'HGR en gestion des produits de santé de la reproduction, 2006,
10. PNSR, INITIATIVE conjointe de lutte contre les violences sexuelles ; Module de Formation Volet médico sanitaire, 2005
11. PNSR, Protocole de Prise en Charge Médico sanitaire des victimes des violences sexuelles 2011.
12. OMS, rapport mondial sur la violence 2002.
13. EDS 2007
14. MICS 2010
15. Déclaration sur l'élimination de la violence contre les femmes, Assemblée générale des nations unies, 20 décembre 1993
16. Module MDM page 23
17. Wikepedia-dictionnary
18. UNFPA, rapport de consultation, Revue documentaire sur les violences sexuelles en RDC, avril 2007,

19. Moracco K., Intégration des services axés sur les violences sexuelle et basée sur le genre dans les centres de prise en charge du VIH / SIDA. UNC/KSPH-CDC/PACT-DRC. Mars 2012

20. UNFPA, l'enquête rapide sur les violences sexuelles en RDC, organisée en 2006
21. Gambembo Gawiya P, Enquête sur les violences faites à la femme et à la jeune fille en 1999,
22. Juan J.Lopez-Ibor, MD, PhD. XII, world psychiatric congress, aout 2002, exposé en plénière.
23. IRC, Soins cliniques pour les survivants d'agressions sexuelles, guide du facilitateur, 2009

ANNEXES

Annexe 1 : Pré test

Annexe 2 : Fiche d'évaluation journalière

Annexe 2 : Fiche d'évaluation finale

Annexe 3 :Projet d'horaire

PRE/POST -TEST / FORMATION DES PRESTATAIRES (PRISE EN CHARGE DES VICTIMES DE VIOLENCES SEXUELLES VVS)

1. Parmi les composantes ci-dessous encerclez celles appartenant à la Santé de la Reproduction :

1. Soins aux nouveau-nés et allaitement maternel.
2. Information et services en matière de PF
3. Prévention et prise en charge de la stérilité et des dysfonctionnements sexuels tant chez l'homme que chez la femme
4. Prévention et prise en charge des complications de l'éclampsie
5. Elimination des pratiques néfastes telles que la mutilation sexuelle féminine, la mariage précoce, la violence au foyer et la violence sexuelle à l'encontre des femmes

2. Complétez les éléments qui manquent dans la liste suivante :

1. ……
2. Résultats concernant les blessures constatées lors de l'examen physique
3. Evaluation du type des blessures
4. ……
5. ……

3. Cochez la bonne réponse : Le moment indiqué pour le prélèvement des preuves médico-légales est :

1. Pendant l'interview
2. Dès l'arrivée de la victime au Centre de santé
3. Pendant l'examen physique ou médical
4. Lors de l'audience au tribunal
5. Après l'anamnèse et l'examen physique

4. S'ils sont correctement conservés et testés, les échantillons médico-légaux peuvent servir de preuve pour :

1. Corroborer le récit d'une survivante.
2. Prouver que la force physique a été utilisée.
3. Identifier l'agresseur.
4. A et B
5. Toutes les réponses ci-dessus.

5. Cochez les bonnes réponses dans les affirmations suivantes : - Les conséquences physiques des violences sexuelles comprennent les affections ou problèmes suivants sauf :

1. Anxiété
2. Infections sexuellement transmissibles
3. Grossesses non désirées
4. Traumatisme à l'anus
5. Stress post traumatique
6. f) Fistule vésico - vaginale
7. g) Trouble de sommeil

8. h) Marques de ligature sous forme de plaies ou écorchures sur le corps
9. Dépression

6. Le traitement pour prévention de la grossesse chez les victimes de violences sexuelles utilise les produits (moyens) suivants :

1. Dépo-provera
2. Postinor
3. Duphaston
4. Dispositif intra utérin
5. Condom féminin

7. Les réactions émotionnelles énumérées ci-dessous peuvent être constatées chez une victime de VVS (adulte), encerclez les bonnes réponses :

1. La peur
2. Le rire facile
3. Le déni
4. La recherche constante de compagnie
5. Mouiller le lit

8. L'anamnèse et les récits des faits d'une victime des violences sexuelles doivent être faits après les préalables suivants :

1. Poser les questions pour collecter les données importantes : vrai ou faux
2. En faisant une enquête en silence : vrai ou faux
3. En retenant les préalables d'une assistance médicale aux victimes : vrai ou faux
4. Préparation de la victime avant l'examen : vrai ou faux

9. Pour prévenir la grossesse suite au viol, il faut :

1. Faire le curetage de la violée : vrai ou faux
2. Lui interdire tout rapport sexuel après viol : vrai ou faux
3. Lui conseiller une douche vaginale : vrai ou faux
4. Lui donner la contraception d'urgence : vrai ou faux

10. Cocher la bonne assertion :

Après agression sexuelle avec pénétration vaginale, le traitement pour prévenir les IST, la grossesse et le VIH chez la victime :

1. Est systématique sans aucun préalable : vrai ou faux
2. Doit être obligatoirement précédé de test biologique : vrai ou faux
3. Dépend du delai d'arrivée dans la structure des soins : vrai ou faux
4. Aucune réponse n'est bonne : vrai ou faux

11. Après avoir examiné et soigné une victime de violence sexuelle, les recommandations suivantes sont de règle :

1. S'il n'y a pas de lésions visibles, le prestataire peut annuler les visites ultérieures de la victime : *vrai ou faux*
2. Il doit programmer au moins trois visites : A une semaine, à 3 mois et à 6mois : vrai ou faux
3. C'est pendant la dernière visite, celle de 6 mois qu'il faudra réunir les preuves du viol : vrai ou faux
4. Aucune assertion citée n'est correcte : vrai ou faux

12. Encerclez la bonne réponse : Après une agression sexuelle……

1. Il ya toujours des lésions évidentes
2. Les lésions de muqueuses guérissent d'habitude rapidement
3. Les survivantes peuvent recevoir les soins complets s'ils se présentent dans les 72 heures
4. : b) et c)

13. Dans le choix des prestataires, les recommandations suivantes sont indispensables :

1. Les capacités scientifiques et techniques : vrai ou faux
2. S'assurer que le prestataire témoigne d'un comportement constructif caractérisé par l'écoute active, l'objectivité, l'empathie et la patience : vrai ou faux
3. S'assurer que même s'il était auteur ou complice d'une violence sexuelle, il a décidé de changer son comportement : vrai ou faux
4. S'assurer que le prestataire a garanti la confidentialité de l'information dans le respect de droits de la victime : *vrai ou faux*

14. En ne racontant pas à d'autres qu'une personne est venue au centre de santé pour effectuer un test de dépistage du VIH, vous respectez quel droit universel suivant ? Encercler la(les) bonne(s) réponse(s) :

1. Le droit a la non-discrimination
2. Le droit a la confidentialité
3. Le droit a l'autodétermination
4. Le droit à la dignité

15. **Lorsque vous écoutez le récit d'un enfant :**

1. Essayez de passer du temps seul(e) avec elle pour lui donner l'opportunité de
2. dire des choses qu'elle n'ose peut-être pas dire devant ses parents.
3. B. Souvenez-vous qu'il ne faut pas toujours faire confiance aux enfants car ils ne disent pas forcement la vérité.
4. C. Utilisez des mots que l'enfant peut comprendre.
5. D. A et C
6. E. Toutes les réponses ci-dessus.

16. Une enfant de huit ans est amenée au centre de sante par une amie plus âgée. Elle dit qu'elle a été agressée sexuellement par son oncle, qui est agent de police, et Qu'elle a peur de rentrer chez elle. Lorsque vous lui dites que vous devez contacter sa mère, elle se met à pleurer. Elle dit que sa mère est au courant et qu'elle lui a ordonne de se taire. Vous devez :

1. Envoyer quelqu'un chercher immédiatement son oncle au poste de police.
2. L'aider a designer un adulte en qui elle a confiance pour lui raconter son histoire.
3. Lui promettre que vous n'en parlerez a personne.
4. Contacter un ONG s'occupant de protection des mineures
5. B, C et D

17. Laquelle des infections suivantes peut-on prévenir par un médicament ou un vaccin ?

1. Chlamydia
2. Herpes
3. Hépatite B
4. Syphilis
5. VIH

18. Si votre centre ne peut pas procurer des services adéquats aux survivants d'agressions sexuelles, vous devez :

1. Expliquer aux survivants les services que vous pouvez leur procurer, et les services qu'ils obtiendront en allant dans le centre ou vous les orienterez.
2. Informer la communauté de ce que vous pouvez et ce que vous ne pouvez pas effectuer.
3. Identifier les lacunes en matière de soins et y remédier en travaillant avec vos responsables, vos coordinateurs et vos conseillers techniques.
4. Toutes les réponses ci-dessus.

19. Par rapport aux femmes, les hommes ayant été agressés sexuellement :

1. Sont moins susceptibles de contracter le VIH.
2. Sont moins susceptibles d'avoir honte.
3. Sont moins susceptibles de requérir une assistance psychologique.
4. A et C
5. Aucune des réponses ci-dessus.

20. Selon les enquêtes, les violences sexuelles en RDC révèlent les constats suivants sauf

1. Les violences sexuelles touchent plus les provinces de l'Equateur, Bandundu et du Kassaï.
2. Elles sont perpétrées indépendamment du milieu urbain ou rural
3. Elles se commettent plus dans les zones de conflits armées et moins en zones sans guerre.
4. La tranche d'âge la plus touchée est de 20 à 24 ans parmi les femmes
5. C. Les hommes en uniforme et les civiles en sont les auteurs

21. En rapport avec les intervenants, cochez parmi les éléments suivants celui (ceux) qui constitue(nt) l'obstacle à la prise en charge des SVS :

1. L'appartenance à la communauté dans laquelle les violences ont été perpétrées
2. Les préjugés
3. Le manque de formation
4. La grande compassion vis-à-vis de la souffrance
5. E La surcharge de travail

22. Dans la liste ci-dessous, à quelle survivante devez-vous proposer une contraception d'urgence ?

1. Une fille de 12 ans qui n'a pas encore ses règles.
2. Une femme de 32 ans qui a accouche il y a 3 mois.
3. Une femme de 45 ans qui a eu ses règles il y a trois mois et dont le test de grossesse est négatif.

4. B et C
5. Toutes les réponses ci-dessus.

23. Avant de noter le récit d'un homme qui dit avoir été sexuellement agresse : Encercler la bonne réponse

1. Expliquez-lui quels services vous pouvez lui procurer.
2. Demandez-lui son consentement averti.
3. Demandez-lui s'il a déjà eu des rapports sexuels avec un homme.
4. A et B
5. Toutes les réponses ci-dessus.

24. Lorsqu'une survivante s'apprête a quitter le centre de sante, dites-lui bien de nouveau que :

1. Elle n'est pas responsable de l'agression.
2. Elle doit revenir pour un suivi dans les 2 semaines, ou plus tôt, si elle a de nouveaux symptômes.
3. Elle ne doit parler à personne de ce qui lui est arrivé, afin de ne pas être stigmatisée.
4. A et B
5. Toutes les réponses ci-dessus.

25. Dans le cadre de suivi des activités de PEC des SVB dans les structures de santé, faite correspondre le déterminant à son indicateur ou vice versa les termes suivants :

1. Nbre de cas SVS reçus par la structure (C, A)
2. Disponibilité des intrants (E, B)
3. Adéquation/utilisation continue (H, C)
4. Efficacité/qualité des soins (D,E)
5. Nbre de structures de santé n'ayant pas connu de rupture de 5 jours en de stock des kits PEP et autres produits de PEC des SVS (B, E)
6. Proportion/Nbre des SVS ayant reçu tous les soins prescrits (D, F)
7. Utilisation initiale (A, E)
8. Nbre de SVS avec un dossier contenant un récit des faits, résultats d'examen physique et para clinique pendant la collecte des preuves médico légale (H, C)

EVALUATION JOURNALIERE /FORMATION DES PRESTATAIRES (PRISE EN CHARGE DES VICTIMES DE VIOLENCES SEXUELLES VVS)

A la fin de chaque journée, l'apprenant doit apprécier les éléments ci-après, en cochant la case correspondante.

Légende : 5 = Très bon, 4 = Bon, 3 = Assez bon, 2 = Médiocre 1 = mauvais

ELEMENTS D`APPRECIATION	***5***	***4***	***3***	***2***	***1***
A/ Atteinte des objectifs					
B/ Techniques de formation appropriées					
C/ Le contenu suffisant et approprié					
D/ Le matériel didactique					
E/ La facilitation					
F/ La gestion du temps					
G/ Restauration					

Commentaires, si appréciation inférieure à 3 :

……

…….

FORMATION DES PRESTATAIRES (PRISE EN CHARGE DES VICTIMES DE VIOLENCES SEXUELLES VVS)

EVALUATION FINALE DU SEMINAIRE DE FORMATION

A la fin du séminaire, l'apprenant doit apprécier les éléments ci-après, en cochant la case correspondante.

Légende : 5 = Très bon, 4 = Bon, 3 = Assez bon, 2 = Médiocre 1 = mauvais

ITEMS	***Appréciation***				
	5	***4***	***3***	***2***	***1***
1. Les objectifs du séminaire ont été clairs					
2. Les objectifs du séminaire ont été atteints					
3. Le contenu est utile pour mon travail					
4. La matière est suffisante					
5. J'ai appris du nouveau					
6. Le temps a été suffisant					
7. Les exercices ont été utiles pour la compréhension de la matière					
8. Le matériel de formation était approprié					
9. Les méthodes d'enseignement utilisées m'ont semblé appropriées					
10. La formation a abordé les problèmes que l'on rencontre chez les victimes de violences sexuelles					
11. La formation m'a aidé à trouver une solution au(x) problème(s) que je rencontre					
12. Je connais l'utilité d'un service pour les victimes de violences sexuelles					
13. Je sais identifier les besoins émotionnels des victimes de violences sexuelles					
14. Je sais traiter pour prévenir grossesse, IST/VIH et autres infections chez les victimes de violences sexuelles					

15. Je sais orienter les victimes vers les autres services d'aide					
16. Je sais organiser un service de prise en charge des victimes de violences sexuelles					
17. Les conditions matérielles et l'organisation ont été satisfaisantes					

Pour vous, la durée du séminaire a été :

	Théorie	Pratique
Courte		
Suffisante		
Trop longue		

Autres commentaires : ……

…….

PROJET D'HORAIRE

HEURE	JOUR 1	JOUR 2	JOUR 3	JOUR 4	JOUR 5
8h 30 - 9h00	- Accueil - Présentation	- Où en sommes-nous ?	- Où en sommes-nous ?	- Où en sommes-nous ?	- Où en sommes-nous ?
9h00 - 10h30	- Collecte des attentes - Présentation de Livret de participant - - Pré-test	- Examen clinique et para clinique des SVS -	- Prescription des TTT - Orientation/référence, suivi des SVS	- Terrain et étude de cas	- -Elaboration de Plan de Travail pour l'offre des services des soins aux svs dans les structures d'origine - Mise en commun
10h30 -10h45	PAUSE	PAUSE	PAUSE	PAUSE	PAUSE
10h45 - 13h00	- Généralités sur les VS - Définition de concepts - SR, Violences sexuelles - Facteurs favorisants, causes et conséquences des VS - Particularités des SVBG en RDC	- Examen clinique et para clinique des SVS -	- Organisation d'un service des soins de santé aux SVS. - Collaboration aux activités de lutte contre les violences basées sur le genre dans la communauté .	- Terrain et étude de cas	- Post test - Evaluation finale du séminaire - Clôture
13H – 14h	PAUSE REPAS	PAUSE REPAS	PAUSE REPAS	PAUSE REPAS	
14h00 – 16h15	Droit et besoins des VVS .	- Examen clinique et para clinique des SVS - Collecte des Preuves médicolégales	- Gestion de l'information, suivi et évaluation des activités en rapport avec la prise en charge des SVS. - Orientations pour le terrain	- Rapport de terrain - Récapitulation sur le Protocole des PEC des SVS Normes et Directives de PEC VVS	
16h15-16h30	Evaluation journalière	Evaluation journalière	Evaluation journalière	Evaluation journalière	