

REPUBLIQUE DU BURUNDI



MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA



PROGRAMME NATIONAL DE SANTE DE LA REPRODUCTION

**GUIDE DE FORMATION SUR LA PREVENTION ET LA PRISE EN
CHARGE DES SURVIVANTS DE VIOLENCES FAITES AUX
ENFANTS ET ADOLESCENTS**



Bujumbura, février 2024

REMERCIEMENTS

L'élaboration de ce guide du facilitateur a été rendue possible grâce à la coopération et à l'expertise des différentes institutions, programmes de santé du Gouvernement du Burundi et organisations non gouvernementales, sous financement de l'USAID/PEPFAR à travers le projet Gir'iteka mis en œuvre par l'organisation SWAA Burundi en consortium avec l'ONG Internationale EngenderHealth.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	i
TABLE DES MATIERES	ii
PREFACE.....	iv
ABREVIATIONS ET ACRONYMES	iv
0. INTRODUCTION SUR LE GUIDE DU FORMATEUR.....	6
Session 0. Accueil et introduction à la formation sur la PEC des VFEA	8
CHAPITRE I : INTRODUCTION A LA VIOLENCE FAITE AUX ENFANTS ET ADOLESCENTS.....	25
Session 1.1 : Définitions des concepts clés.....	25
Session 1.2: Ampleur des VFEA	34
Session I.3: Formes de VFEA.....	37
Session I.4 : Causes et facteurs favorisant les VFEA.....	40
Session I.5 : Conséquences des VFEA	44
Session I.6. Répercussions des VFEA en fonction de l'âge	47
Session I.7 : Liens entre les VFEA et le VIH	50
CHAPITRE II. PRINCIPAUX DOMAINES D'INTERVENTIONS.....	55
Session II.1 : Domaine d'intervention médicale	55
Session II.2 : Domaine d'intervention juridique	59
Session II.3 : Domaine d'intervention psychosociale.....	62
Session II.4 : Principes de base pour répondre aux VFEA	68
CHAPITRE III. SERVICES DE REPONSES AUX VFEA.....	72
Session III.1. Valeurs et attitudes du prestataire	72
Session III.2. Consentement, limites et confidentialité	79
Session III.3. Intégrer la VFEA dans les services de santé.....	89
Session III.4. Identifier un survivant de VFEA.....	91
Session III.5. Counseling à un survivant de VFEA	94
Session III.6. Techniques de prise en charge psychosociale : Aperçu et démonstration.....	97
Session III.7. Techniques de prise en charge psychosociale : Pratique du participant	107
Session III.8. Anamnèse et examen physique	115
Session III.9. Traitement médical	149
Session III.10. Documenter la VFEA.....	163
Session III.11. Collecte des preuves médico-légales.....	168
Session III.12. Orientation vers d'autres services.....	181
Session III. 13. Gestion du stress du prestataire généré par la relation d'aide	192
CHAPITRE IV. PREVENTION DES VFEA	202

Session IV.1 : Niveaux de prévention des VFEA	202
Session IV.2. Approche multisectorielle de la prévention des VFEA	207
Session V.3 : Communication pour le changement social et comportemental	210
Chapitre VI. GESTION DU SERVICE DE PEC DE VFEA.....	214
CHAPITRE VII. RÉFLEXION PERSONNELLE SUR LA FORMATION	217
ANNEXE.....	220
1. Fiche d'évaluation des compétences pédagogiques	220
2. Posologie des antirétroviraux chez l'enfant.....	221
Fiche d'intégration de VFEA dans les services de PF	222
4. Fiche d'intégration de VFEA dans les services de VIH	225

PREFACE

Les Violences Faites aux Enfants et Adolescents (VFEA) sont de graves problèmes de santé publique et de violation des droits de l'homme avec un impact négatif sur la vie de la population en particulier, celles des femmes, des filles et des garçons dans de nombreux pays, et le Burundi ne fait pas exception. Les VFEA sont liées à des normes socialement définies de genre et d'identité sexuelle et peuvent être perpétrées par des membres de la famille, des membres de la communauté, des personnes de divers profils. Ces actes peuvent avoir lieu à domicile, en public ou dans les institutions.

En 2017, le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida a mis à jour le guide de formation sur la prise en charge intégrée des victimes de violences sexuelles et basées sur le genre. Ce document a été utilisé dans le renforcement des capacités à l'endroit des prestataires de soins et services de santé et des agents de protection sociale. Cependant, ce guide ne contient pas la matière et la méthodologie spécifiquement destinées à la prise en charge des violences faites aux enfants et adolescents.

Ce présent guide vient combler cette lacune. Il est conçu pour renforcer les capacités des prestataires dans leurs efforts de prévention et de réponse à la VFEA. Ce document constitue un outil pédagogique qui sert à transmettre les connaissances et les compétences sur la prévention et prise en charge des survivants des violences infligées aux enfants et adolescents.

Ce guide s'adresse aux formateurs de profils variés notamment les infirmiers, sages-femmes, médecins et conseillers sociaux qui se sont familiarisés avec les méthodes participatives adaptées à la formation des adultes. Il est donc recommandé qu'il soit utilisé pour toute formation destinée au renforcement des capacités des prestataires en vue de prévenir et répondre aux violences faites aux enfants et adolescents au Burundi.

Fait à Bujumbura, le 29/02/2024

Le Ministre de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida

Dr Lydwine BARADAHANA



ABREVIATIONS ET ACRONYMES

3TC	: Lamivudine
ABC	: Abacavir
CCC	: Communication pour le Changement de Comportement
CU	: Contraception d'Urgence
DHIS2	: District Health Information Software 2 ^{ème} génération
DTG	: Dolutégravir
EDS	: Enquête Démographique et de Santé
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
MSPLS	: Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida
PC	: Population Clé
PNSR	: Programme National de Santé et de la Reproduction
PF	: Planification familiale
PEC	: Prise En Charge
PEPFAR	: Plan d'Urgence du Président Américain pour la lutte contre le sida
PPE	: Prophylaxie Post-Exposition
SR	: Santé Reproductive,
SSRAJ	: Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents et Jeunes.
SRAJ	: Santé Reproductive des Adolescents et Jeunes
S&E	: Suivi et Evaluation
SIDA	: Syndrome d'Immunodéficience Acquise
TDF	: Ténofovir disoproxil fumarate
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	: L'Agence des États-Unis pour le développement international
VBG	: Violence Basée sur le Genre
VSBG	: Violence Sexuelle et Basée sur le Genre
VFEA	: Violence Faites aux enfants et Adolescents
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine

0. INTRODUCTION SUR LE GUIDE DU FORMATEUR

Le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre la Sida a élaboré en 2017, le guide de formation sur la prise en charge intégrée des victimes de violences sexuelles et basées sur le genre et ainsi que le guide opérationnel des centres intégrés pour la prise en charge holistique des survivants des violences sexuelles et celles basées sur le genre. Néanmoins, ces deux guides ne contiennent pas les directives globales spécifiquement adaptés aux enfants et adolescents.

Le présent guide est développé pour parier à ces lacunes. Il est important d'être conscient de l'existence des VFEA et de la nécessité de fournir des compétences de base pour identifier les survivants et leur fournir un soutien de qualité immédiat.

1. Titre du guide

Titre du guide : « Guide de formation sur la prévention et la prise en charge des survivants de violences faites aux enfants et adolescents ».

Il s'agit d'un outil conçu pour être utilisé par les formateurs pour le renforcement des capacités des prestataires en vue d'une prévention et prise en charge de qualité en faveur des enfants et adolescents survivants des violences.

2. Objectifs d'élaboration de ce guide

L'élaboration de ce guide a comme objectifs de :

- ✓ Aider le formateur dans la facilitation des différentes sessions sur la prise en charge des enfants et adolescents survivants des VFEA
- ✓ Accroître les capacités des prestataires de services pour mieux gérer les cas de VFEA
- ✓ Harmoniser la prévention et la prise en charge des cas de VFEA selon les protocoles nationaux utilisés au Burundi.

3. Utilisateurs de ce guide,

Les utilisateurs de ce guide seront des formateurs sur les VFEA, issus de divers horizons, y compris, mais sans se limiter, à des professionnels de santé, des travailleurs psychosociaux ainsi que des experts en matière de VBG et de VFEA.

4. Critères de sélection des participants

4.1 Formation des formateurs

La formation et le choix des formateurs seront organisés par le MSPLS à travers le Programme National santé de la Reproduction (PNSR).

Une classe de 20 participants sera organisée pour subir la formation des formateurs. L'animation de la session sera faite par 4 facilitateurs ayant été identifiés par le PNSR. La formation va s'étendre sur 9 jours ouvrables, c'est-à-dire 6 jours de formation en salles, et 3 jours de simulation de la formation par les participants sur la façon de préparer et dispenser les sessions sous l'encadrement des formateurs. Cette phase de 3 jours servira de certification des participants (voir en annexe la Fiche d'évaluation des compétences pédagogiques).

4.2 Formation des prestataires

Les prestataires à former seront sélectionnés parmi les professionnels de santé œuvrant dans les formations sanitaires, surtout ceux travaillant dans les services de santé de la reproduction en l'occurrence la planification familiale, les services de santé maternelle et néonatale et de VIH. Toutefois, le choix sera orienté aux prestataires ayant déjà bénéficié d'une formation sur la prise en charge intégrée des survivants des VSBG. Les participants à la formation seront identifiés par le médecin directeur de la province sanitaire en collaboration avec le médecin chef de district du ressort des participants.

Chaque session de formation comprendra au maximum 24 participants avec 4 formateurs.

5. Organisation et la durée d'une session de formation

La durée de la formation des prestataires est de six jours. Les facilitateurs aideront les participants à comprendre et à assimiler les concepts et principes de réponse aux actes de VSBG et de VFEA dans différents contextes.

La formation est divisée en six chapitres, subdivisés en différentes sessions d'enseignement et d'apprentissage comme indiqué dans le tableau résumé des chapitres (voir tableau 6.3. Résumé des sessions).

Après une période de trois mois suivant la formation des prestataires, le bureau de district sanitaire appuyé par le PNSR organisera un suivi post-formation des prestataires formés. Le but est de s'assurer, non seulement de la mise en œuvre des connaissances et compétences acquises pendant la formation, mais aussi de l'organisation des services de prise en charge des survivants des VFEA au niveau des FOSA.

6. Méthodologie de la formation

Le début de la formation est marqué par l'évaluation préalable des connaissances des participants sur la PEC des VFEA par un questionnaire pré-test. A la fin de la formation, le même questionnaire sera refait par les participants en vue d'évaluer les connaissances acquises. Cette formation comprend les éléments d'apprentissages théoriques complétés par les techniques pédagogiques d'apprentissage d'adultes tels que : discussions, travail de groupes, jeux de rôles, exercices, utilisations des images audio-visuels, étude de cas, évaluations, etc.

Session 0. Accueil et introduction à la formation sur la PEC des VFEA

Le contenu de cette session orientera les participants sur les objectifs et le programme de la formation. En outre, les participants feront une auto-évaluation et ils établiront les normes de travail qu'ils devront adopter pendant la durée de la formation.

Objectifs d'Apprentissage

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

1. Expliquer les buts et les objectifs de l'atelier de formation.
2. Etablir les normes de travail

Durée: 1heure 25 minutes

Support: feuille de flip chart, trépied, papier scotch, marqueurs, rétroprojecteur, carnet, stylos, photocopié 0.1a: *Programme de la formation*, Photocopié 0.1b: *Auto-évaluation des connaissances et compétences*, Photocopié 0.1c: *corrigé de l'Auto-évaluation des connaissances et compétences*.

Préparation

1. Examinez le module de formation pour être sûr que vous en comprenez le contenu, la méthodologie et le temps imparti à chacune des étapes.
2. Invitez un dignitaire, un responsable de programme, ou une autre personne d'autorité pour ouvrir l'atelier. Discutez à l'avance des points clés à mettre en évidence et/ou préparez des remarques, si besoin.
3. À partir d'une feuille de tableau à feuilles mobiles, créez une affiche intitulée « Parking. »
À partir d'une feuille de tableau à feuilles mobiles, créez une affiche intitulée « Normes de travail »
4. Imprimez une copie 1.1a: *Programme de la Formation* pour chaque participant.
5. Imprimez un exemplaire du *Photocopié 01.1b: Auto-Évaluation des Connaissances et des Compétences des Participants* pour chaque participant. Une fois que vous aurez imprimé les exemplaires de l'autoévaluation, numérotez chaque exemplaire en fonction du nombre de participants présents (par exemple, si vous avez 20 participants, numérotez les exemplaires de 1 à 20).
6. Imprimez un exemplaire de l'*Outil des Formateurs 0.1c: Corrigé de l'Auto-Evaluation des Connaissances et des Compétences des Participants* à utiliser lors de la correction de l'auto-évaluation.

Procédure

Étape 1 : Accueil et Introduction /15 minutes

1. Souhaitez la bienvenue aux participants. Expliquez-leur que cette formation se concentrera sur la violence faite aux enfants et les adolescents (VFEA). La formation se concentrera en particulier sur la manière dont votre formation sanitaire peut étendre et renforcer l'offre de services pour les survivants de VFEA.
2. Permettez à tout invité spécial (dignitaire, donateurs, etc.) de se présenter au groupe et de dire quelques mots sur la raison pour laquelle ce cours est essentiel pour une formation sanitaire, son personnel et ses client(e)s.
1. Présentez-vous ainsi que les autres membres de l'équipe et expliquez votre rôle pendant la formation. Faites la démonstration de la présentation que vous souhaitez que les participants utilisent. Donnez votre nom et prénom, votre lieu de travail, votre institution d'origine, votre expérience en matière de la VFEA et une attente que vous avez par rapport à la formation. Ces attentes seront notées sur une feuille de flip chart.

Étape 2 : Présentation des Objectifs et du Programme de Formation/15 minutes

1. Passez en revue les objectifs suivants de la formation :
 - a) Développer la compréhension de la complexité du phénomène de violences contre les enfants et adolescents qui sont un problème de société et un problème de santé publique majeur.
 - b) Sensibiliser sur l'importance de la prise en charge des Survivants de violences faites aux enfants et adolescents, sur la base d'une approche intégrée (médicale, psychologique, sociale, juridique, communautaire, protection de l'enfance, etc.
 - c) Harmoniser la prise en charge des violences faites aux enfants et adolescents en suivant le guide national.
 - d) Connaître les références possibles pour la prise en charge médicale d'urgence et / ou un accompagnement multidisciplinaire.
2. Distribuez le Polycopié 0.1b: Programme de la Formation et examinez son contenu avec les participants. Faites le lien entre les attentes des participants, les objectifs et les activités de la formation.
3. Écrivez les attentes qui ne seront pas abordées dans la formation sur l'affiche intitulée « Parking ». Expliquez que vous allez essayer de faire de votre mieux pour répondre aux attentes des participants. Reconnaissez qu'il se peut que certaines attentes ne s'appliquent pas à cette formation spécifique, ce qui peut faire apparaître la nécessité d'une formation supplémentaire.
4. Demandez aux participants s'ils ont des questions sur le programme de la formation.

Étape 4 : Normes de travail /10 minutes

1. Expliquez aux participants que vous allez maintenant écrire les normes de travail pour la formation. Ces normes créent le cadre de la manière dont les participants communiquent les idées, dont ils surmontent les conversations difficiles, et promeuvent l'équité et l'inclusion au sein du groupe.
2. Donnez un exemple d'une norme – « Respecter les autres lorsqu'ils parlent » – ensuite demandez-leur de dresser la liste d'autres normes. Notez les Réponses sur l'affiche intitulée « Normes de travail.»
3. Dites aux participants que les accords de groupe servent de contrat informel, et existeront pour la durée du temps passé ensemble.
4. Demandez aux participants de s'engager envers les Normes de travail, et de se tenir mutuellement – y compris le formateur – responsable vis-à-vis des Normes de travail à tout moment. Vous pourriez envisager de leur demander de lever la main pour témoigner de leur engagement.

Étape 5: Questions et Réponses/10 minutes

1. Demandez aux participants s'ils comprennent ce que vous avez partagé avec eux.
2. Posez des questions sur leurs éventuelles préoccupations logistiques.

Étape 6 : Clôture et Transition/35 minutes

1. Expliquez aux participants que, pour évaluer l'efficacité de la formation, vous leur demandez de faire une auto-évaluation de leurs compétences et connaissances maintenant et à la fin du cours. Expliquez-leur que ce n'est pas un test sur lequel ils vont être notés. Vous utiliserez les résultats pour déterminer si les sessions de formation ont pu répondre aux objectifs d'apprentissage.
2. Distribuez au hasard les *Polycopiés 0.1 a: Auto-Évaluation des Connaissances et des Compétences des Participants*.
3. Expliquez aux participants que l'exemplaire de l'auto-évaluation qu'ils ont reçu a été numéroté à l'avance. Chaque participant devra retenir le numéro inscrit sur l'exemplaire de l'auto-évaluation qu'il a reçu parce qu'il aura besoin de ce numéro pour le posttest à la fin de l'atelier. Informez les participants que ce numéro permettra à l'évaluateur de comparer les pré et posttests individuels, tout en garantissant la confidentialité du participant.
4. Demandez aux participants d'entourer « pré-test » pour indiquer que l'auto-évaluation a été effectuée avant la fin de la formation.
5. Accordez 30 minutes aux participants pour compléter l'évaluation. Gardez un œil sur la montre et informez les participants lorsqu'il leur restera 10 minutes, et 5 minutes.

6.1. Questionnaire pré et post test

Polycopié 0.1a : Auto-Évaluation des Connaissances et des Compétences des Participants sur la prise en charge des VFEA

Numéro du participant : _____ (veuillez-vous souvenir de ce numéro pour le post-test)	
Profession : _____	
Sexe :	
Féminin ☐	
Masculin ☐	
Préfère ne pas le révéler ☐	
Cocher la réponse qui convient pour indiquer si l'auto-évaluation a lieu avant ou après la formation	
PRÉ TEST ☐	POST TEST ☐

Note : /30

A. Encercler la ou les bonnes réponses : *note de 1 point /chaque bonne réponse*

1. Commettre les abus sexuels chez les enfants ou Adolescents :
 - a. Il s'agit de forcer ou inciter un enfant à participer à des activités sexuelles, que l'enfant soit conscient ou non de ce qui se passe.
 - b. Il s'agit d'un contact physique ou de l'implication des enfants dans la visualisation ou la production d'images sexuelles, ou pour regarder des activités sexuelles, etc.
 - c. Il s'agit d'encourager les enfants à se comporter de manière sexuellement inappropriée ou préparer un enfant à se préparer à des abus.

2. Les violences socio-économiques chez l'enfant associent notamment :
 - a. L'interdiction de l'enfant à l'éducation ou d'aller à l'école,
 - b. L'exploitation ou corruption d'enfants
 - c. Le déni des enfants nés hors mariage,
 - d. L'abus d'alcool ou de drogues entraînant chez l'adulte une grave altération du jugement et de la capacité d'assurer la sécurité d'un enfant

3. Les faits suivants peuvent être des causes à effet de la violence émotionnelle sur le VIH/SIDA
 - a. Impossibilité de négocier l'utilisation d'un préservatif ;
 - b. Réticence à se soumettre à un test de dépistage du VIH / SIDA ;
 - c. Réticence à divulguer son statut sérologique, retard dans l'accès au traitement du VIH/SIDA et l'abandon de la prise en charge.

B. Dans la clarification des valeurs et changement d'attitude au cours de la PEC des enfants et adolescents, Indiquez avec les déclarations suivantes si vous êtes :

« Tout à fait d'accord » ; « Pas du tout d'accord » ; « D'accord » ; « Pas d'accord » :

4. Les adolescentes qui ont un rapport sexuel avant le mariage s'exposent au risque d'être violées.

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

5. Il arrive parfois que les garçons ne puissent pas contrôler leur colère.

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

6. Les actes de violence sexuelle commis par un étranger sont pires que les actes de violence sexuelle commis par une connaissance.

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

7. Il peut être frustrant de travailler avec un enfant ou adolescent qui ne veut pas s'aider lui-même.

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

C. Réponses Courtes

Note de 1 point /chaque bonne réponse

8. Décrire l'examen physique chez l'enfant en position de la grenouille, ses avantages et ses inconvénients : 2 lignes par réponse.

a. *Description :*

b. *Avantage :*

c. *Inconvénient :*

9. Décrire l'examen physique chez l'enfant en position à quatre pattes, son avantage et son inconvénient : 2 lignes par réponse.

a. *Description :*

b. *Avantage :*

c. *Inconvénient :*

D. Répondre par Vrai ou faux : *Note de 1 point /chaque bonne réponse*

10. Chez un enfant pré-pubère, l'examen doit porter essentiellement sur les organes génitaux externes.

☐ VRAI

☐ Faux

11. Quelle que soit la position choisie pour l'examen anal du jeune garçon ou de la fille, une traction délicate pour séparer les fesses n'est pas obligatoire.

☐ VRAI

☐ Faux

12. Pour une bonne gestion des services VFEA, les Support adaptés aux enfants au cours de l'exploration comme les jouets, poupées, et le matériel artistiques sont dispensables pour le personnel chargé de la gestion des cas dans les salles dédiées aux entretiens avec les enfants survivants.

☐ VRAI

☐ Faux

13. Citez au moins 3 principaux domaines d'intervention en VFEA

14. Dans la prévention des VFEA, l'approche multisectorielle est très nécessaire.

Citez au moins 4 piliers pouvant participer à cette approche multisectorielle

15. Identifier au moins 4 étapes du counseling en VFEA.

6.2. Corrigé du pré et post-test

Polycopié 0.1b : Auto-Évaluation des Connaissances et des Compétences des Participants sur la prise en charge des VFEA.

Numéro de participant : _____ (veuillez-vous souvenir de ce numéro pour le post-test)

Profession : _____

Sexe :

Féminin ☐

Masculin ☐

Préfère ne pas le révéler ☐

Cocher la réponse qui convient pour indiquer si l'auto-évaluation a lieu avant ou après la formation :

PRÉ TEST ☐

POST TEST ☐

Note :/30

A. Encercler la ou les bonnes réponses : note de 1 point /chaque bonne réponse

1. Commettre les abus sexuels chez les enfants ou Adolescents :

- a. Il s'agit de Forcer ou inciter un enfant à participer à des activités sexuelles, que l'enfant ou adolescent soit conscient ou non de ce qui se passe, **Bonne réponse**
- b. Il s'agit d'un contact physique ou d'impliquer des enfants dans la visualisation ou la production d'images sexuelles, regarder des activités sexuelles, etc. **Bonne réponse**
- c. Il s'agit d'encourager les enfants à se comporter de manière sexuellement inappropriée ou préparer un enfant à se préparer à des abus. **Bonne réponse**

2. Les violences socio-économiques chez l'enfant associent notamment :

- a. L'interdiction de l'enfant à l'éducation ou d'aller à l'école, **Bonne réponse**
- b. L'exploitation ou corruption d'enfants, **Fausse réponse**
- c. Le déni des enfants nés hors mariage, **Bonne réponse**
- d. l'incapacité d'assurer la sécurité d'un enfant, **Bonne réponse**

3. Les faits suivants peuvent être des causes à effet de la violence émotionnelle sur le VIH/Sida

- a. Impossibilité de négocier l'utilisation d'un préservatif ; **Bonne réponse**
- b. Réticence à se soumettre à un test de dépistage du VIH / SIDA ; **Bonne réponse**
- c. Réticence à divulguer son statut sérologique, retard dans l'accès au traitement du VIH/SIDA et l'abandon de la prise en charge. **Bonne réponse**

B. Dans la Clarification des Valeurs et changement d'attitude(CVTA) au cours de la PEC des enfants et adolescents, Indiquez avec les déclarations suivantes si vous êtes :

« Tout à fait d'accord » ; « Pas du tout d'accord » ; « D'accord » ; et « Pas d'accord » :

NB : On n'attribue pas de note pour les valeurs et attitudes

4. Les adolescentes qui ont un rapport sexuel avant le mariage s'exposent au risque d'être violées.

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

5. Il arrive parfois que les garçons ne puissent pas contrôler leur colère.

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

6. Les actes de violence sexuelle commis par un étranger sont pires que les actes de violence sexuelle commis par une connaissance.

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

7. Il peut être frustrant de travailler avec un enfant ou adolescent qui ne veut pas s'aider lui-même.

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

C. Courtes réponses : un point par bonne réponse

8. Décrire l'examen physique chez l'enfant en position de la grenouille, ses avantages et ses inconvénients : 2 lignes par réponse.
 - a. **Description : Dans la position de la grenouille**, L'enfant est couché sur son dos avec les genoux écartés.
 - b. **Avantage : Permet de contrôler à tout moment si** l'enfant est anxieux, et changer la position pour examiner l'enfant pendant qu'il est assis sur les genoux de sa mère.
 - c. **Inconvénient** : l'enfant peut voir ce que fait l'examineur et refuser la totalité de l'examen si elle n'est pas d'accord avec ce qu'elle voit.
9. Décrire l'examen physique chez l'enfant en position à quatre pattes, son avantage et son inconvénient : 2 lignes par réponse.
 - a. **Description : 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.
 - b. **Avantage** : Dans cette position, on peut évaluer à l'aise les parties génitales externes, le vestibule vaginal et certaines parties de l'hymen et de l'anus. Souvent, il est nécessaire de réaliser un examen dans la position à quatre pattes pour confirmer ou exclure des anomalies de l'aspect postérieur de l'hymen.
 - c. **Inconvénient** : La position à quatre pattes est une position dégradante pour l'enfant et ne sera utilisée que s'il est impossible d'obtenir une visualisation claire dans les autres positions.

D. Répondre par Vrai ou faux :

Note de 1 point /chaque bonne réponse

10. Chez un enfant pré pubère, l'examen doit porter essentiellement sur les organes génitaux externes

☐ **VRAI**
☐ Faux
11. Quelle que soit la position choisie pour l'examen anal du jeune garçon ou de la fille, une traction délicate pour séparer les fesses n'est pas obligatoire.

☐ VRAI
☐ **Faux**
12. Pour une bonne gestion des services VFEA, les Support adaptés aux enfants au cours

de l'exploration comme les jouets, poupées, et le matériel artistiques sont dispensables pour le personnel chargé de la gestion des cas dans les salles dédiées aux entretiens avec les enfants survivants.

☐ VRAI

☐ **Faux**

13. Citez au moins 3 principaux domaines d'intervention en VFEA

- a) Domaine médical
- b) domaine psychosocial
- c) Domaine juridique

14. Dans la prévention des VFEA, l'approche multisectorielle est très nécessaire.

Citez au moins 4 piliers pouvant participer à cette approche multisectorielle

Piliers: politique, Santé, médias, communautaire, éducation et juridique

15. Identifier au moins 4 étapes du counseling en VFEA

L'accueil du survivant, établir une relation de confiance, encourager l'expression des sentiments du survivant, apporter un réconfort et un soutien émotionnel, encourager l'autonomie du survivant, poser des questions efficaces, identifier les problèmes, établir un plan d'action, assurer le suivi du survivant, mettre à terme à l'assistance

6.3. Agenda de formation

Jour 1 de la formation			
HORAIRES	THEME	ACTIVITES+METHODOLOGIE	DUREE LA SESSION
8h30 –10h30	INTRODUCTION A LA FORMATION SUR LA PEC DES VFEA	Installation des participants/10min Accueil, introduction et présentation des participants 40 minutes, Objectifs et programme 15minutes, Normes de travail 10min minutes, Questions et réponses 10 minutes, Prétest, Clôture et transition /35 minutes,	2h
10h30 – 11h00	Pause-Café		30 min
11h00-12h15	CHAPITRE I : INTRODUCTION A LA VFEA	Session I.1 : Définitions des concepts clés sur la VFEA, Sexe et genre : Introduction et brainstorming /5 minutes, Jeu sur Sexe et Genre / 20 minutes, Déclarations sur les notions de Sexe et Genre/15minutes Définition des concepts sur la VFEA /30 mn Clôture et transition / 5 minutes,	1h15 min
12h15-13h05	CHAPITRE I : INTRODUCTION VFEA (SUITE)	Session 1.2. Ampleur des VFEA: Brainstorming /10 minutes, Présentation /20 minutes, Discussion en plénière/ 15 minutes, Clôture et transitions / 5 minutes,	50 min
	Déjeuner		60 min
14h05-15h05	CHAPITRE I : INTRODUCTION A LA VFEA (SUITE)	Session I.3 : Formes des VFEA Brainstorming /20 minutes, Types de VBG et VFEA/ 20 minutes,, Discussion en grand group/15 minutes, Clôture et transition/ 5 minutes.	60 min
15h05-16h05	CHAPITRE I : INTRODUCTION A LA VFEA (SUITE)	Session : I.4. Causes et facteurs favorisant des VFEA Brainstorming/10 min, Travaux de groupe /25 min, Plénière / 20 min Clôture / 5 minutes	60min
16h05-17h00	CHAPITRE I : INTRODUCTION A LA VFEA (SUITE)	Session I.5 : Conséquences des VFEA Brainstorming/ 15 minutes Présentation/ 30 minutes Clôture et Transition /10 minutes	55 min
17h00- 17h30	EVALUATION ET CLOTURE	Synthèse de la journée	30 min
Jours 2 de la formation			
HORAIRES	THÈME	ACTIVITÉ	

			DUREE LA SESSION
8h00 – 8h30	Accueil et mise en train	Accueil et Introduction de la 2^{ème} journée de formation Accueil et Introduction (5 min) Réflexions sur le programme de J1 (20 min) Clôture et Transition (5 min)	30 min
8h30-9h30	CHAPITRE I : INTRODUCTION A LA VFEA (SUITE)	Session I.6. Répercussions des VFEA en fonction de l'âge Introduction et Brainstorming/ 15 minutes Présentation 35 minutes Clôture et transition / 10 minutes	60 min
09h30 – 10h00	Pause-Café		30min
10h00 – 11h30	CHAPITRE I : INTRODUCTION A LA VFEA (SUITE)	Session I.7 : Liens entre VFEA et le VIH travaux de groupes /30 min Plénière /20 min Présentation /20 min Discussion en plénière/15 min Clôture et transition 5 min	1h 30 min
11h30 – 12h35	CHAPITRE II : PRINCIPAUX DOMAINES D'INTERVENTIONS AU-PRÈS DES ENFANTS ET ADOLESCENTS SURVIVANTS DES VFEA	Session II.1 : Domaine d'intervention médicale : Introduction/5 min travaux de groupe /15 min Plénière /15 min Présentation/ 15 min Plénière /10 min Clôture et transition/ 5 min	65 min
12h35- 13h20	CHAPITRE II : (SUITE)	Session II.2 : Action juridique en matière de VFEA Brainstorming / 10 min Présentation/ 20 min Discussion en plénière/10 mn Clôture et transition/ 5 min	45 min
13h20 – 14h20	Déjeuner		60 min
14h20 – 15h10	CHAPITRE II : (SUITE)	Session II.3 : Domaine d'intervention psychosociale Introduction et Brainstorming / 15 minutes Approche de prise en charge psychologique /30min clôture et transition/5 minutes	50min

15h10-15h50	CHAPITRE II : (SUITE)	Session II.4 : Principes de base pour répondre aux VFEA Brainstorming/10 minutes Lecture/20minutes clôture et transition/ 10 minutes	40 min
15h50- 16h50	CHAPITRE III. EXPLORATION CLINIQUE DE LA VFEA ET LA PRISE EN CHARGE MEDICALE	Session III.1. Valeurs et Attitudes du Prestataire Brainstorming /15mn Votez Avec les Pieds / 40 minutes, Clôture et fin de la Transition / 5 minutes	60 min
16h50 – 17h20	EVALUATION ET CLOTURE	SYNTHESE	30 min
Jour 3 de la formation			
HORAIRES	THÈME	ACTIVITÉ	DUREE LA SES- SION
8h00 – 8h30	Accueil et mise en train quotidiens	Accueil et Introduction de la 3eme journée de formation Accueil et Introduction (5 min) Réflexions sur la Formation (20 min) Clôture et Transition (5 min)	30 min
8h30 –9h35	CHAPITRE III. SERVICES DE REPONSES AUX VFEA (suite)	Session III.2. Consentement, limites et confidentialité Brainstorming sur notion de limite / 10 minutes, Brainstorming sur la confidentialité / 15 minutes Cas clinique 20 min Brainstorming sur consentement / 20 minutes	65min
9h35-10h05	CHAPITRE III. SERVICES DE REPONSES AUX VFEA (suite)	Session III.3 Intégrer la VFEA dans les services de santé Introduction et Brainstorming/ 5 minutes Présentation PowerPoint / 20 minutes Clôture et Transition / 5 minutes	30 min
9h45 – 10h15	Pause-Café		30 min
10h15 – 11h05	CHAPITRE III. SERVICES DE REPONSES AUX VFEA (suite) (suite))	Session III.4 Identifier un survivant de VFEA. Brainstorming/ 10 minutes Lecture et exploitation des signes et symptômes/ 20 minutes Exemples questions à poser /15minutes conclure et transition / 5 minutes	50 minutes
11h05-11h50	CHAPITRE III. SERVICES DE REPONSES AUX VFEA (suite)	Sessions III.5. Counseling à un survivant Brainstorming/10mn Présentation PowerPoint/10minutes Objectifs des activités/10minutes Etapes de Counseling /10mn Clôture et transition/5mn	45mn

11h50 -13h45	CHAPITRE III. SERVICES DE RE- PONSES AUX VFEA (suite)	Sessions III.6. Techniques de prise en charge psychosociale : aperçu et démonstration Introduction/5mn Ecoute active / 30 mn Validation des sentiments /30 mn Identification des besoins et préoccupations/30mn Comment rassurer un survivant/ 15mn Clôture et transition /5 mn	1h55mn
13h45-14h45		Déjeuner	60 min
14h45-16h30	CHAPITRE III. SERVICES DE RE- PONSES AUX VFEA (suite)	Sessions III.7. Techniques de prise en charge psychosociale : pratique du participant Introduction/5mn Instruction pour le jeu de rôle/10mn Jeu de rôle /60mn Débriefing et discussion /25mn Clôture et transition /5 mn	1h45
16h30-17h10		Session III.8.: Anamnèse et examen physique (suite) Brainstorming/10 minutes, Anamnèse 25mn Introduction à l'examen physique/ 45mn Examen ano-génital/20mn	1h40
17h10-17h40	EVALUATION ET CLOTURE	SYNTHESE	30 min
Jours 4 de la formation			
HORAIRES	HORAIRES	HORAIRES	HORAIRES
8h00 – 8h30	Accueil et mise en train quotidiens	Accueil et Introduction de la 4eme journée de formation Accueil et introduction (5 min) Réflexions sur la formation (20 min) Clôture et transition (5 min)	30 min
8h30-9h30	CHAPITRE III. SERVICES DE RE- PONSES AUX VFEA (suite)	Session III.8.: Anamnèse et examen physique (suite) Brainstorming/10 minutes, Anamnèse 25mn Introduction à l'examen physique/ 45mn Examen ano-génital/20mn	1h40
9h30-10h40	CHAPITRE III. SERVICES DE RE- PONSES AUX VFEA (suite)	Session III.8. Anamnèse et examen physique (suite) Examen génital/petite fille /15mn Examen génital/fille pré-pubère/15mn Examen génital/fille pubère/10mn Examen génital/garçon/10mn Clôture et Transition/ 20 min	1h10

10h40 –11h10	Pause-café		30 min
11h10-13h10	CHAPITRE III. LA PRISE EN CHARGE MEDICALE (suite)	Session III.9. Traitement médical Protocoles nationaux/1h Cas clinique/1h	2h
13h10 –14h10	Déjeuner		60 min
14h10-15h05	CHAPITRE III. LA PRISE EN CHARGE MEDICALE (suite)	Session III.10. Documenter la VFEA Brainstorming/10mn Présentation PowerPoint/15mn Description des lésions/25mn Clôture et transition/5mn	55 mn
15h05-16h05	CHAPITRE III. LA PRISE EN CHARGE MEDICALE (suite)	Session III.11. Collecte de preuves médico-légales Brainstorming/10mn Présentation PowerPoint/45mn Clôture et transition/5mn	60 mn
16h05- 17h00	CHAPITRE III. LA PRISE EN CHARGE MEDICALE (suite)	Session III.12. Orientation vers d'autres services Introduction / 5 minutes Travaux de groupes /25 min Restitution de travaux/10 min, Présentation PowerPoint 10mn Clôture et transition/5min	55 min
17h00-17h30	EVALUATION ET CLOTURE	SYNTHESE	30 min
Jours 5 de la formation			
HORAIRES	THÈME	ACTIVITÉ	DUREE LA SES- SION
8h00 – 8h30	CHAPITRE III. LA PRISE EN CHARGE MEDI- CALE (suite)	Accueil et Introduction de la 4eme journée de formation Accueil et Introduction (5 min) Réflexions sur la Formation (20 min) Clôture et Transition (5 min)	30 min
8h30-9h30	CHAPITRE III. LA PRISE EN CHARGE MEDI- CALE (suite)	Session III.13. Gestion du stress générée par la relation d'aide sur le prestataire Introduction / 10 mn Définir le terme «la fatigue de compassion » / 5 mn Présentation PowerPoint – Prise en charge de soi-même / 20 mn Pratique d'un exercice de relaxation / 20 mn Clôture et Transition / 5 minutes	60 min
9h30-10h45	CHAPITRE IV : PREVENTION DE LA VBG ET VFEA	Session IV.1 : Niveaux de prévention des VFEA Brainstorming/ 5 minutes Travaux PowerPoint : Niveaux de prévention des VBG et VFEA /25 minutes, Plénière/15mn Discussion de Groupe / 10 minutes, Clôture / 5 minutes	1h15 min

10h45 – 11h15	Pause-Café		30 min
11h45 – 13h00	CHAPITRE IV : PREVENTION DE LA VBG ET VFEA (suite)	Session IV.2 : Approche multisectorielle de la prévention des VFEA Introduction/ 5 minutes Travail de groupe / 25 minutes Plénière/20 minutes Présentation/20 minutes clôture / 5 minutes	1h15min
13h00-14h00	Déjeuner		1h
14h00 –16h15	CHAPITRE IV : PREVENTION DE LA VBG ET VFEA (suite)	Session IV.3. Communication pour le changement social et comportemental Introduction/ 5minutes, Travaux de groupe / 30 minutes, Plénière / 20 minutes, Présentation/15 minutes Clôture et Transition/5 minutes	1h15 min
15h15 – 16h00	CHAPITRE V. GESTION DU SERVICE DE LA VBG ET VFEA	Session V. GESTION DU SERVICE DE LA VFEA Introduction et Brainstorming/15 minutes Présentation PowerPoint/20 minutes. Clôture et transition/ 10 min	45 min
16h00 – 17h00	EVALUATION ET CLOTURE	SYNTHESE GENERALE	60 min
Jours 6 de la formation			
HORAIRES	THÈME	ACTIVITÉ	DUREE LA SESSION
8h00 – 8h30	Accueil et mise en train	Accueil et Introduction de la 5^{ème} journée de formation Accueil et Introduction (5 min) Réflexions sur la Formation (20 min) Clôture et Transition (5 min)	30 min
8h30 – 9h30	CHAPITRE VI : RE-FLEXIONS SUR LA FORMATION	Session 6. Réflexion personnelle sur la formation	60min
9h30 – 10h00	Pause-Café		30 min
10h00 – 10h50	Post test	Post-test /30 min Evaluation de la formation/20mn	50 min
10h50-11h35		Correction de post-test et comparaison avec la note du pretest	45mn
11h35	clôture de l'atelier et logistique		

CHAPITRE I : INTRODUCTION A LA VIOLENCE FAITE AUX ENFANTS ET ADOLESCENTS

Ce chapitre présente les définitions des concepts clés, formes de violences, ampleur, causes et facteurs favorisant, conséquences, répercussions en fonction de l'âge et lien entre les VFEA et le VIH.

Session 1.1 : Définitions des concepts clés¹

Introduction pour le formateur

Cette session sert à présenter différentes définitions pour que les participants continuent à utiliser les mêmes concepts tout au long de la formation.

Objectifs d'apprentissage

À la fin de cette session, les participants seront capables d(e) :

1. Expliquer le concept genre et la notion de sexe
2. Différencier le sexe et genre,
3. Expliquer la terminologie clé en relation avec les Violences faites aux Enfants et Adolescents (VFEA)

Durée : 55 minutes

Supports : Flip chart, trépied, papier scotch, fiches, marqueurs, ordinateur, outil du formateur I.1a : *Sexe et Genre*.

Préparation

1. Examinez le module de formation pour être sûr que vous en comprenez le contenu, la méthodologie et le temps imparti à chacune des étapes.
2. Imprimez le photocopié Outil du Formateur I.1a : *Sexe et Genre* pour chaque participant
3. Préparer les définitions du genre et sexe sur la feuille de flip chart :

Genre : Le genre est l'ensemble des qualités et comportements attendus des hommes et des femmes. Le genre est déterminé par la société et la culture et il peut évoluer au fil du temps.

Sexe : Le sexe fait référence aux caractéristiques biologiques - anatomiques (seins, vagin, pénis, testicules), physiologiques (cycle menstruel, spermatogénèse), et génétiques (XY, XX) masculins ou féminins.

¹ Adapté de : The RESPOND Project. 2014. Integration of family planning and intimate partner violence services: A prototype for adaption. Trainer's guide. New York: EngenderHealth (The RESPOND Project).

Procédure

Étape 1 : Brainstorming et Définitions /5 minutes

1. Demandez aux participants s'ils peuvent expliquer la différence entre les termes « genre » et « sexe. » Accordez du temps aux participants pour qu'ils puissent partager leurs réponses et en discuter.
2. Montrez sur le flip chart les définitions du genre et le sexe et demandez à un des participants de les lire à haute voix.

Étape 2 : Jeu sur le Sexe et le Genre / 20 minutes

1. Distribuez 2 fiches ou post-it de deux couleurs différentes et un marqueur à chaque participant. Demandez aux participants d'écrire « sexe » sur une fiche, et « genre » sur l'autre fiche.
2. Expliquez que vous allez lire à haute voix huit déclarations qui relèvent soit du sexe soit du genre. Vous vous arrêterez après chaque déclaration pour permettre aux participants de déterminer si la déclaration relève du sexe ou du genre en levant leur fiche respective. Encouragez les participants à suivre leur premier instinct, au lieu de s'appuyer sur les réponses de leurs pairs. S'il y a des divergences d'opinion, accordez-leur une minute pour débattre, avant de leur donner la bonne réponse.
3. Demandez aux participants s'ils ont des questions sur le jeu.
4. En utilisant l'outil du formateur I.1a : Sexe et Genre, lisez les déclarations à haute voix, en vous arrêtant pour permettre aux participants de répondre.

Étape 3 : Lecture sur les définitions de *Sexe et Genre* et les déclarations sur les notions de Sexe et Genre/ 15 minutes

1. Demandez à un participant volontaire de définir les deux concepts.

Définitions du sexe et du genre² :

Sexe : Le sexe fait référence aux caractéristiques biologiques – anatomiques (seins, vagin, pénis, testicules), physiologiques (cycle menstruel, spermatogénèse), et génétiques (XY, XX) – masculins ou féminins. Le sexe reste fixe ; il ne change pas.

Genre : Le genre fait référence aux attentes de la société vis à vis de la façon dont les femmes et les hommes sont censés se comporter. Le genre n'est pas fixe ; il change en fonction du temps et du contexte. Le genre est l'ensemble des qualités et comportements attendus des hommes et des femmes. Le genre est déterminé par la société et la culture et il peut évoluer au fil du temps.

² Guide de Formation sur la Prise en Charge Intégrée des Victimes de Violences Sexuelles et Basées sur le Genre, EngenderHealth/BRAVI, Burundi 2016

Déclarations pour le jeu sur le sexe ou le genre :

1. Les femmes peuvent tomber enceintes. Les hommes ne peuvent pas tomber enceintes.

Réponse : Sexe

Explication : Systèmes reproductifs différents.

2. Les filles sont douces. Les garçons sont durs. **Réponse : Genre**

Explication : Les comportements acceptés et attendus des garçons et des filles en fonction des normes relatives au genre socialement établies.

3. En général, les hommes sont plus rémunérés que les femmes, et ils occupent des postes à plus grande responsabilité. **Réponse : Genre**

Explication : Notre société accorde plus de valeur aux hommes qu'aux femmes. Par conséquent, le travail des hommes est plus valorisé que le travail des femmes.

4. Les adolescentes sont moins susceptibles d'exprimer leur opinion sur le désir sexuel.

Réponse : Genre Explication : Les opinions des femmes sont en général, mal perçues.

5. Les voix des adolescents deviennent plus graves pendant la puberté. **Réponse : Sexe**

Explication : Durant la puberté, la production de testostérone augmente, cela entraîne des changements au niveau de plusieurs parties du corps y compris la voix.

6. Les femmes peuvent allaiter les bébés. Les hommes ne peuvent pas allaiter les bébés.

Réponse : Sexe Explication : Bien que les hommes aient des glandes mammaires, ils ne produisent pas de lait.

7. Les parents préfèrent parfois les enfants de sexe masculin. **Réponse : Genre**

Explication : Les parents préfèrent des enfants de sexe masculin pour des raisons diverses. Ces raisons sont souvent profondément enracinées dans les idées préconçues concernant le genre et l'égalité de genre.

Messages clés

Le sexe fait référence aux différences biologiques entre les hommes et les femmes. En général, ces différences ne peuvent pas être changées sans intervention médicale, hormonale et chirurgicale.

Le genre fait référence aux attentes de la société vis-à-vis de la façon dont les individus sont censés se comporter. Ces attentes peuvent être changées.

Etape 4. Définition de la terminologie clé et concepts sur le genre, la VBG et la VFEA/30 minutes

1. Dites aux participants qu'il est important de connaître le vocabulaire généralement utilisé dans les livres qui traitent des violences basées sur le genre et dans la population générale. Ainsi, les personnes connaissant les termes exacts avec leur définition telle que décrite dans les ouvrages médicaux ou juridiques sont peu nombreuses et le langage particulier d'un survivant facilite la compréhension du message qu'il veut faire passer.
2. La définition des violences sexuelles est souvent limitée aux éléments décrivant le viol, sans prendre en compte les menaces de violences sexuelles, le harcèlement ou les tentatives de viol, qui sont également des types de violences sexuelles.

4.1. Définitions des concepts clés³ dans le contexte des VFEA.

Les participants liront à tour de rôle la définition de chaque concept suivant :

a) La violence :

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la violence comme "l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir, contre soi-même, une autre personne ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou a une forte probabilité d'entraîner des blessures, la mort, des dommages physiques, psychologiques, mal-développement ou privation » (OMS 2002).

Le mot « usage intentionnel » est un élément important qui distingue la violence des blessures et préjudices involontaires.

b) La Violence basée sur le Genre

La Violence basée sur le Genre est une violence dirigée contre une personne en raison de son genre ou de son sexe.

De manière générale, une « violence basée sur le genre » est une violence dirigée contre une personne en raison de son sexe biologique, de son identité sexuelle ou son adhérence perçue à certaines normes sociales de masculinité ou de féminité. Elle couvre les agressions physiques, sexuelles et psychologiques, les menaces, la coercition, la privation arbitraire de liberté et la privation de dignité économique, autant dans la vie publique que privée.

Cela comprend les actes qui infligent des dommages ou des souffrances physiques, mentaux ou sexuels, les menaces de tels actes, la coercition et d'autres privations de liberté. Alors que les femmes, les hommes, les garçons et les filles peuvent tous être à risque de VBG, les femmes, les adolescents et les enfants sont les groupes les plus vulnérables.

c) Violence domestique

Tout acte de violence commis sur toute personne vivant habituellement au sein d'un ménage ou sous un même toit

³ Manuel de formation sur la prise en charge globale des victimes des violences sexuelles et violences basées sur le genre, Bujumbura –Burundi, MSPLS 2013

d) Violence faites aux enfants et adolescent (VFEA)

Toute forme de blessure, d'agression ou de violence physique ou mentale, ainsi que toute forme de négligence ou de traitement négligent, de mauvais traitement ou d'exploitation, ce qui comprend les agressions sexuelles (NU 1989).

e) Exploitation sexuelle

Tentative d'usage ou usage abusif réel d'une position de vulnérabilité, d'autorité ou de confiance pour obtenir des faveurs sexuelles, notamment pour un profit monétaire, social ou politique possible grâce à l'exploitation d'une autre personne⁴.

f) Enfant exploité ou ayant subi de violences sexuelles

Personne de moins de 18 ans ayant été survivant d'une agression sexuelle. L'exploitation d'un enfant est l'utilisation d'un enfant afin qu'une autre personne en tire des avantages économiques ou sexuels, des gratifications ou une rémunération, souvent accompagnés de traitements injustes, cruels et néfastes pour l'enfant⁵.

g) L'abus sexuel :

L'abus sexuel réfère à la même notion d'agression sexuelle mais est surtout utilisé dans le cas d'enfants, d'adolescentes et d'adolescents.

"Geste posé par une personne donnant ou recherchant une stimulation sexuelle non appropriée quant à l'âge et au niveau de développement de l'enfant ou de l'adolescent, portant ainsi atteinte à son intégrité corporelle ou psychique, alors que l'abuseur a un lien de consanguinité avec le survivant ou qu'il est en position de responsabilité, d'autorité ou de domination avec lui"⁶.

Il met en jeu un rapport d'inégalité dans lequel se trouvent deux personnes dont le développement de la sexualité est différent tant au plan psychique que physique. La survivant n'a pas la maturité ni les connaissances pour réagir adéquatement à de tels gestes. Cette inégalité, inscrite dans un rapport de force, constitue un abus de pouvoir et un abus de la relation de confiance. Cet abus peut se faire par l'usage de la force physique, de la coercition ou du chantage.

h) L'agression sexuelle ou violence sexuelle :

La violence sexuelle se définit selon l'OMS comme : « tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avance de nature sexuelle. C'est une atteinte à l'intégrité sexuelle par des pratiques forcées ou le viol ⁷ ».

⁴ <http://europeandcis.undp.org/files/hrforms/STSGB200313%20-%20Measures%20for%20Protection%20from%20Sexual%20Exploitation%20and%20Sexual%20Abuse.pdf>

⁵ Constitué pour mettre fin à la violence contre les enfants, particulièrement à la violence sexuelle contre les filles, le partenariat Together for Girls réunit cinq agences de l'ONU sous la direction de l'UNICEF, le gouvernement des États-Unis (via le PEPFAR et ses partenaires d'intervention, la division du CDC sur la prévention de la violence et le Bureau des initiatives mondiales pour les femmes du Secrétariat d'État) et des entreprises privées.

⁶ COTE I.: op.cit chapitre 2.1. 23 Loi n01/ 05 du 22 Avril 2009, portant révision du code pénal

⁷ Manuel De Formation Sur La Prise En Charge Globale Des Victimes Des Violences Sexuelles et Violences Basées Sur Le Genre, février 2013, Bujumbura

L'agression sexuelle est un acte, une tentative, un commentaire ou une avance à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, commis par un individu sans le consentement de la personne visée ou, dans certains cas, notamment ceux des enfants, une manipulation affective ou un chantage. Il s'agit d'un acte visant à assujettir une personne à son désir propre par un abus de pouvoir, l'utilisation de la force ou de la contrainte ou sous la menace, implicite ou explicite. L'agression sexuelle porte atteinte aux droits fondamentaux de la personne, notamment à son intégrité physique et psychologique et à sa sécurité

i) Agression sexuelle sur un enfant

L'OMS considère qu'une agression sexuelle sur un enfant consiste à faire participer l'enfant à une activité sexuelle qu'il ne comprend pas totalement, pour laquelle il ne peut pas donner de véritable consentement éclairé, pour laquelle son développement ne l'a pas encore préparé et ne lui permet pas de donner un consentement éclairé, ou qui viole les lois ou les tabous sociaux de la société. Il y a agression sexuelle sur un enfant lorsqu'il y a une activité sexuelle entre un enfant et un adulte ou un autre enfant dont l'âge ou le développement crée une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir, l'activité ayant pour but de gratifier ou satisfaire les besoins de l'autre personne, ce qui inclut notamment :

- L'incitation ou l'obligation faite à un enfant de participer à une activité sexuelle.
- L'exploitation d'un enfant dans un cadre de prostitution ou d'autres pratiques sexuelles.
- L'exploitation d'enfants pour des actes ou des documents pornographiques⁸.

j) Viol

Le viol est l'usage de la force physique ou d'un autre moyen de coercition pour faire une pénétration, même légère, de la vulve ou de l'anus avec un pénis, une autre partie du corps ou un objet. Il s'agit de la pénétration de la vulve, de l'anus ou de la bouche avec une partie du corps ou un objet sans le consentement du sujet.

k) Mariage précoce et forcé :

La pratique de marier par force les jeunes filles et les garçons très tôt, avant l'âge légal et avant d'atteindre la capacité physique, biologique et psychologique pour contracter le mariage.

⁸ Gestion clinique de enfants et adolescents exploités ou ayant subi des violences sexuelle, considérations techniques pour les programmes PEPFAR, 2013

l) Harcèlement sexuel :

Constitue un acte de harcèlement sexuel le fait d'user à l'encontre d'autrui d'ordre, de menaces ou de contrainte physique, psychologique ou de pression grave dans le but d'obtenir des faveurs de nature sexuelle, en abusant de l'autorité conféré par ses fonctions⁹

m) Attouchements :

Gestes à caractère sexuel sur les parties intimes (les seins, les cuisses, les fesses, les organes génitaux, l'anus, etc. imposés à un enfant, un adolescent ou un adulte sans son consentement.

n) Détournement d'enfant :

L'enlèvement d'enfant, vol d'enfant, rapt d'enfant, ravissement d'enfant ou kidnapping est l'acte consistant à s'emparer d'un mineur (c'est-à-dire une personne n'ayant pas atteint la majorité civile) et le détenir sans l'autorisation de ses parents naturels ou de ses représentants légaux

4.2. Terminologie couramment utilisée

a) Le pouvoir

Désigne l'utilisation de toute forme de pression pour obtenir des faveurs d'une personne plus faible (ou subalterne) en échange d'avantages ou de promesses.

Dans la VBG, les relations de pouvoir inégales sont exploitées ou abusées. L'inégalité de pouvoir entre les personnes peut être exploitée en utilisant la force physique ou en proférant des menaces. Fondamentalement, la violence basée sur genre est un abus de pouvoir. Les formes de pouvoir peuvent être réelles ou perçues. Les formes de pouvoir peuvent aussi être le fait d'avoir une position d'autorité, la capacité de prendre des décisions ou la possession d'argent ou d'armes.

b) Consentement

Le consentement signifie faire un choix éclairé librement et volontairement de faire quelque chose. Il n'y a pas de consentement lorsque l'accord est obtenu par le recours à la menace, à la force ou à d'autres formes de coercition, d'enlèvement, de fraude, de tromperie ou de fausse déclaration.

Les actes de violence sexiste se produisent sans consentement éclairé. Même si quelqu'un dit "oui" lors d'un de ces actes, ce n'est pas un consentement car il a été dit sous la contrainte - l'agresseur utilise une sorte de force pour amener la survivant à dire oui.

Les enfants (moins de 18 ans) sont réputés incapables de donner un consentement éclairé pour des actes tels que l'excision, le mariage et les relations sexuelles.

c) Enfant et adolescent

Il s'agit des personnes ayant moins de 18 ans. Les enfants ont des capacités d'évolution qui dépendent de leur âge et de leur stade de développement. Lors d'interventions auprès d'enfants, il est très important de bien connaître ces stades, afin de choisir les meilleures

⁹ Manuel de formation sur la prise en charge globale des victimes des violences sexuelles et violences basées sur le genre, février 2013, Bujumbura

méthodes de communication selon leurs âges. Cette connaissance permet également au prestataire de définir le niveau de compréhension d'un enfant et sa capacité de prendre des décisions concernant ses soins. Grâce à ces informations, le prestataire pourra prendre des décisions éclairées sur les interventions les plus appropriées pour chaque enfant.

Les définitions suivantes clarifient le mot « enfant » en regard de son âge et de son stade de développement, en vue de guider le choix des interventions et des traitements¹⁰ :

1. Enfant = 0 à 18 ans
2. Jeune enfant = 0 à 9 ans
3. Jeune adolescent = 10 à 14 ans
4. Grand adolescent = 15 à 19 ans

d) Agents d'aide sociale

Ces agents sont principalement chargés de mettre en œuvre le système de protection de l'enfance (recevoir les références, enquêter sur les cas, s'assurer que les enfants sont transférés dans un lieu sûr si nécessaire et faciliter les options de prise en charge alternative).

e) Population clé

La population clé comprend des groupes d'individus à haut risque de contracter et de transmettre le VIH. Ils sont importants pour établir, accélérer, maintenir ou freiner (réduire) l'épidémie de VIH. Selon les directives nationales pour un ensemble complet d'interventions contre le VIH pour la population clé, ce groupe comprend :

- Les groupes vulnérables tels que les orphelins et les enfants des rues
- Travailleurs du sexe (hommes et femmes)
- Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
- Personnes transgenres
- Prisonniers
- Personnes qui s'injectent des drogues

f) Survivant ou survivante

Un survivant est une personne (un enfant ou un adulte de sexe masculin ou féminin) qui a été physiquement, économiquement, sexuellement et/ou psychologiquement adressée en raison de son sexe ou de son genre.

Le terme "survivant" est de plus en plus utilisé afin d'éviter la culpabilisation, la perte de contrôle sur sa propre vie qu'implique le terme "Survivant". En revanche, le survivant regagne son autonomie et reprend sa vie en main.

¹⁰ (integrating violence against children prevention and response into hiv services, facilitator manual, 2019 . <https://www.crs.org/sites/default/files/tools-research/final-facilitators-manual-2019.pdf>)

g) Auteur/agresseur

Un auteur ou un agresseur est une personne, un groupe ou une institution qui inflige, soutient ou tolère directement la violence ou d'autres formes d'abus contre une personne ou un groupe de personnes.

Un agresseur peut être :

- un partenaire ou un ex-partenaire,
- un petit ami,
- un père, une mère, un tuteur, de l'enfant, ou un autre membre de la famille, une autre personne à la maison,
- un enseignant/éducateur, un supérieur sur le lieu de travail, un collègue au travail ou à l'école, une autre connaissance ou un étranger.

Les agresseurs profitent du fait d'être dans une position de pouvoir, de prise de décision ou d'autorité réelle ou perçue, et exercent ainsi un contrôle sur les autres.

h) Assentiment éclairé : utilisé lorsqu'un enfant est trop jeune pour donner un consentement éclairé, mais qu'il est suffisamment âgé pour comprendre et accepter de participer aux services. L'assentiment dans ce cas peut être verbal. Dans de tels cas, l'agent de santé doit clairement consigner le consentement verbal fourni, en indiquant comment il a été fourni, dans des notes de cas et s'assurer que celles-ci sont conservées dans le dossier

Étape 5 : Clôture de la transition/5 min

L'exercice montre les divergences de compréhension des définitions des violences sexuelles et du viol. Elles peuvent être conditionnées par des éléments de perception individuels, culturels, familiaux, sociaux ou économiques.

Session 1.2: Ampleur des VFEA

Objectifs d'apprentissage

A la fin de la session, les participants seront capables de :

1. Citer quelques statistiques liées à la VSBG et à la VFEA.
2. Comprendre et expliquer l'ampleur des VFEA dans le monde et au Burundi.

Durée : 45 minutes

Support : Flip chart, marqueurs, trépied, ordinateur, rétroprojecteur, outil du formateur : présentation en PowerPoint

Préparation

1. Examiner le contenu de formation pour être sûr que vous comprenez le contenu, la méthodologie et examiner le temps imparti à chaque étape de la session
2. Imprimez la présentation sur les statistiques

Procédure

Etape 1 : Brainstorming /10 minutes

1. Introduisez la session par une discussion sur les 2 questions suivantes :
 - a. La violence basée sur le genre et la violence faite aux enfants et adolescents est un sujet évoqué dans le monde entier. Pourquoi est-ce le cas ?
 - b. Est-elle un problème de société et de santé publique?

Etape 2: Présentation/20 minutes

En vous référant à l'outil du formateur I.2 : faites la présentation PowerPoint sur *les statistiques des VFEA*.

- Les violences faites aux enfants et adolescents est un fléau mondiale¹¹.
 - Dans le monde, en moyenne 3 enfants sur 4, âgés de 2 à 14 ans seraient soumis à une sorte de discipline violente, plus souvent psychologique que physique.
 - Les trois quarts des enfants ont subi une agression psychologique et environ la moitié a subi des châtiments corporels,
 - Plus d'un milliard d'enfants subissent une forme de violence chaque année ;
 - Dans le monde, 1 fille sur 5 et 1 garçon sur 13 ont été agressés sexuellement avant d'atteindre l'âge de 18 ans ;
 - 10 % des enfants dans le monde ne disposent pas d'un accès à une protection

¹¹ <https://www.unicef.fr/convention-droits-enfants/protection/maltraitances-infantiles/>, site visitée le 30 Septembre, 2022 à 14h 10 min

juridique ou judiciaire quand ils sont survivants de violence

- 1 enfant sur 4 de moins de 5 ans vit avec une mère survivante de violences conjugales ;
 - 3 enfants sur 4 entre 2 et 4 ans sont régulièrement survivants de violences de la part de leur responsable légal ;
 - Un adolescent est tué par un acte de violence toutes les 7 minutes ;
 - En France, chaque jour, plus de 200 enfants subissent des maltraitances de la part de leur entourage.
- En Tanzanie, l'enquête nationale de 2009 sur les VFEA a estimé que plus d'un quart des filles (28 %) et 13 % des garçons ont subi des violences sexuelles, principalement à la maison, alors qu'environ 73 % des filles et 72 % des garçons ont subi des violences physiques principalement sous forme de coups de poing, de fouet ou de coups de pied; la majorité (60%) par un parent, et un quart de garçons et filles, ont subi des violences émotionnelles.¹²
 - En République Démocratique du Congo, selon la deuxième enquête démographique et de santé (2013-2014), 2% des femmes et des filles sont exposées au viol suite à la mobilité en situation des conflits armés. La tranche des adolescentes de 15 à 19 ans représente 36% des viols¹³.
 - En RCA, plusieurs cas de VBG seraient commis par les présumés auteurs qui étaient soit les partenaires intimes aux survivantes, soit des ex-partenaires à ces dernières 48%, suivi des 11% des cas d'abus sexuel perpétrés contre les enfants¹⁴.
 - Au Burundi, 97% de femmes et filles contre 3% de garçons et d'hommes sont survivants des violences basées sur le genre. La majorité de ces survivants sont des mineurs ; un quart des survivants a moins de 15 ans, tandis qu'un tiers a moins de 12 ans¹⁵
 - Selon l'annuaire statistique de 2019 publiée en février 2020 par le ministère en charge du genre au Burundi, le centre Seruka a enregistré 597 cas de viol de janvier à juin 2019. De ces cas de viol, 79 sont des survivants de moins de 5 ans, 182 ont l'âge compris entre 5 et 12 ans et 180 entre 13 et 17 ans. En 2019, le centre Humura a enregistré 484 cas d'enfants survivants des violences sexuelles, dont 47 garçons et 437 filles.

¹² Ministry of Health, Community Development, Gender, Elderly and Children [MOHCDGEC].2017. *Gender-Based Violence and Violence against Children: Facilitator's Guide for Health Care Providers and Social Welfare Officers*. Dar es Salaam, Tanzania: MOHCDGEC and Strengthening High Impact Interventions for an AIDS-free Generation (AIDSFree) Project

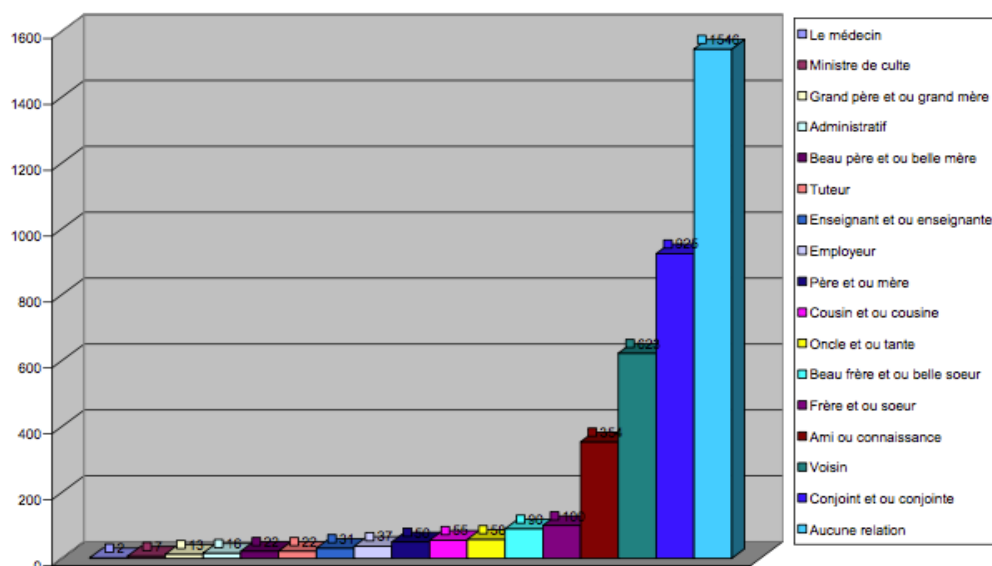
¹³ Deuxième enquête démographique et de santé 2013-2014

¹⁴ Rapport statistiques sur la violence basée sur le genre (vbg) periode : janvier 2021 gbvims – republique centrafricaine

¹⁵ Ministère de la solidarité nationale, des droits de la personne humaine et du genre, Rapport de l'étude sur l'opérationnalisation des réseaux communautaires de lutte contre les VBG, février 2013, p. 6.

- De façon générale, la plupart d'agresseurs sont des hommes (98%) avec moins de 2% qui sont des femmes. Comme le montre le graphique ci-dessous, 39.13% (n=1546) des survivants n'avaient aucune relation avec l'agresseur mais plus de 60% des cas les agresseurs sont connus de leurs survivants.

Relation de l'agresseur avec la victime



Etape 3: Discussion en plénière/15 minutes

1. Impliquez les participants dans une discussion en plénière en posant les questions suivantes :

- Que ressentez-vous par rapport aux informations qui sont présentées ? Êtes-vous surpris par rapport à ce que vous avez entendu ?
- Selon vous, quelles sont les causes de la violence sexuelle et basée sur le genre et les violences contre les enfants et les adolescents ?

Etape 4: Clôture et transition / 5 minutes

- Remerciez les participants de leur attention pendant la présentation et de leurs réflexions durant la discussion.
- Distribuez l'*outil du formateur : Présentation PowerPoint – Présentation sur les statistiques*
- Demandez aux participants s'ils ont une question
- Passez à l'activité suivante.

Session I.3: Formes de VFEA

Objectifs d'apprentissage

A la fin de cette séance les participants seront capables de :
Identifier les différentes formes de VFEA.

Durée : 60 minutes

Support : outil du formateur : présentation sur les *formes de VFEA*

Préparation

1. Examinez le module de formation pour être sûr que vous en comprenez le contenu, la méthodologie et le temps imparti à chacune des étapes.
2. Préparez quatre feuilles de flip chart. Donnez-leur les titres suivants :
 - a) Feuille : violence physique
 - b) Feuille : violence sexuelle
 - c) Feuille : violence émotionnelle / psychologique
 - d) Feuille: violence économique
3. Affichez ces feuilles sur le mur

Procédure

Etape 1 : Brainstorming /20 minutes

1. Demandez aux participants d'identifier les formes de violences sexuelles et violences basées sur le genre.
2. Orientez les participants vers les feuilles de flip chart au mur pour y rapporter les réponses en respectant les 4 formes de violences : Physique, émotionnelle, sexuelle et économique.
3. Demandez aux participants d'identifier les formes de violences faites aux enfants et adolescents.
4. Notez les réponses sur la feuille de flip chart

Etape 2 : Présentation sur des formes de VFEA/ 20 minutes

1. Faites la présentation sur les des formes de violences basées sur genre et violences faites aux enfants et adolescents.
2. La présentation doit être participative en invitant les participants à lire les diapositives à tour de rôle.

a) Violences physiques ou la maltraitance physique des enfants et adolescents :

La maltraitance physique des enfants est définie comme une blessure physique non accidentelle causée par des coups de poing, des coups de pied, des morsures, des secousses, des coups de poignard, des étouffements, des coups (avec une main, un bâton, une sangle ou un autre objet), des brûlures ou d'autres blessures. Cette maltraitance d'un enfant peut être infligée par un parent, un tuteur, un soignant, un étranger ou toute autre personne.

b) Violences sexuelles ou les abus sexuel chez les enfants et adolescents :

Il s'agit de forcer ou inciter un enfant à participer à des activités sexuelles, que l'enfant soit conscient ou non de ce qui se passe. Cela peut inclure un contact physique ou impliquer des enfants dans la visualisation ou la production d'images sexuelles, regarder des activités sexuelles, encourager les enfants à se comporter de manière sexuellement inappropriée ou préparer un enfant à se préparer à des abus.

La violence sexuelle peut revêtir diverses formes notamment : - le viol, - la tentative de viol, - l'abus sexuel des enfants, - l'exploitation sexuelle des enfants et adolescents, - l'agression sexuelle, - la mutilation génitale féminine/excision, - l'inceste, - la prostitution forcée, - le mariage précoce et forcé, - les attouchements sexuels, - le trafic des enfants à des buts sexuels.

c) Violences émotionnelles ou psychologique :

La violence émotionnelle chez l'enfant signifie le mauvais traitement émotionnel persistant d'un enfant de manière à causer des effets négatifs graves et persistants sur le développement émotionnel de l'enfant.

Il peut s'agir de voir ou d'entendre les mauvais traitements infligés à autrui.

Cela peut impliquer :

- Faire comprendre aux enfants qu'ils sont sans valeur, mal aimés, inadéquats ou valorisés uniquement dans la mesure où ils répondent aux besoins d'une autre personne
- Âge ou attentes inappropriées sur le plan du développement
- Faire que les enfants se sentent fréquemment effrayés ou en danger
- Exploitation ou corruption d'enfants.

Les violences psychologiques et émotionnelles comprennent entre autres : les injures, les menaces incessantes, les gestes menaçants, le silence, la sous-estimation, le terrorisme, les intimidations, le dénigrement, la discrimination, le rejet, la limitation des mouvements, les pressions, la privation, les interdictions exagérées, la surveillance étroite, etc....

d) Violences socioéconomiques :

Les violences économiques se traduisent par une privation d'accès aux ressources financières et aux ressources du ménage. Elles se manifestent par des comportements qui ont le but d'exercer le contrôle de tout.

Les violences socio-économiques sont notamment :

- Interdiction de l'enfant à l'éducation ou d'aller à l'école,
- Le non-accès de l'enfant aux revenus et aux biens familiaux,
- Déni des enfants nés hors mariage,
- Le trafic des enfants,
- Refus de donner des soins médicaux à l'enfant etc. ...

Les violences socioéconomiques sont représentées également sous formes de négligence envers les enfants et adolescents.

La négligence envers l'enfant fait référence au fait que le parent/tuteur n'a pas fourni les soins nécessaires adaptés à l'âge bien qu'il soit financièrement en mesure de le faire ou qu'il se soit vu offrir des moyens financiers ou autres pour le faire.

La négligence est le manquement d'un parent ou d'une autre personne légalement responsable du bien-être de l'enfant à subvenir aux besoins fondamentaux de l'enfant, notamment en lui fournissant une nourriture, des vêtements, une hygiène et une surveillance adéquats.

Etape 3 : Discussion en grands groupes/15 minutes

1. Faites remarquer que les formes de violence chez les adultes, les enfants et les adolescents sont différemment typifiés.
2. Demandez aux participants sur ce que l'on peut faire face à ces formes de VBG et VFEA.
3. Demandez s'il y a un participant qui a une question dans la salle.

Etape 4 : Clôture et transition/ 5 minutes

Remerciez les participants pour avoir participé activement en rappelant aux participants que les formes de violence chez les adultes et chez les enfants et les adolescents sont différemment typifiés.

Session 1.4 : Causes et facteurs favorisant les VFEA¹⁶

Objectifs d'apprentissage

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

1. Identifier les causes profondes des VFEA
2. Identifier les facteurs favorisant les VFEA

Durée : 1 heure 5 minutes

Supports : Flip chart, trépied, scotch, marqueurs, post-it ou carton

Préparation

1. Examinez le module de formation pour être sûr que vous en comprenez le contenu, la méthodologie et le temps imparti à chacune des étapes.
2. Préparez beaucoup de post-it ou des cartons des tailles d'environ 10 cmx 5 cm (68)
3. Ecrivez sur la feuille de flip chart la définition de la cause profonde des VFEA et l'affichez au mur
4. Créez deux feuilles de flip chart l'une portant le titre de causes profondes des VFEA et l'autre de facteurs favorisant les VFEA et les affichez au mur
5. Ecrivez sur post it les exemples de causes et de facteurs favorisant les VFEA:
 - Causes profondes : position inégale des femmes, tolérance sociale de la violence.
 - Facteurs favorisant : absence de revenu/d'emploi, abus de drogue, d'alcool.
6. Préparer une présentation sur diapositives des causes profondes et des facteurs favorisant les VFEA.

Procédure

Etape 1 : Brainstorming/20 minutes

1. Dites aux participants que cette activité se concentrera sur les causes et les facteurs favorisant les VBG. Elle inclura du travail en grand et petit groupes, suivi d'une discussion.
2. Demandez aux participants ce qu'ils savent déjà sur la cause profonde des VBG et à les VFEA.
3. Rapportez les éléments de réponses sur les feuilles de flip chart.

¹⁶ Adapté des manuels suivants :

- Manuel de Formation sur la Prise en Charge Globale des Victimes des VSBG au Burundi, 2016
- The RESPOND Project. 2014. Integration of family planning and intimate partner violence services: A prototype for adaption. Trainer's guide. New York: EngenderHealth (The RESPOND Project)

- Clarifiez les réponses en montrant la définition de la cause profonde des VFEA sur la feuille de flip chart :

"Une cause profonde est une norme culturelle ou sociale sous-jacente qui promeut ou autorise la violence contre une personne ou un groupe d'individus. Les normes culturelles et sociales comprennent nos attitudes, nos croyances et nos valeurs, et elles définissent les règles et attentes vis-à-vis de la manière dont les groupes d'individus sont censées agir au sein de la société.¹⁷"

- Aidez les participants à comprendre la différence entre une cause profonde et un facteur favorisant en travaillant avec les exemples. Rassemblez et mélangez vos fiches sur les causes et les facteurs favorisants. Sélectionnez une fiche, lisez-la à haute voix, et demandez aux participants de déterminer s'il s'agit d'une cause ou un facteur favorisant. Questionnez-les sur les éventuels désaccords.
- Rappelez au groupe que la cause profonde concerne les normes sociales et culturelles. Par conséquent, les exemples peuvent contribuer à des niveaux de VSBG accrus, mais ils ne sont pas la cause du problème. Donnez l'analogie suivante aux participants pour les aider à saisir les concepts de causes profondes et de facteurs favorisants :
- Pensez à ce dont un arbre a besoin pour pousser. Un arbre a besoin d'un climat adapté pour devenir fort et solide. La pluie, les températures et la terre nourrissent un arbre. Dans le cas de l'arbre des VBG et VFEA, les facteurs favorisants sont équivalents à la pluie, à la température et à la terre. Les facteurs favorisants alimentent le problème de la VSBG ou VFEA.

Etape 2 : Travaux de groupe /25 minutes

- Répartissez les participants de travailler en 4 groupes
- Donnez les instructions sur le travail de groupe à faire comme suit : identifiez 5 causes profondes et 5 facteurs favorisants qui perpétuent un risque accru de VBG et de VFEA pendant 20 minutes
- Mettez une réponse sur un carton ou post it : un facteur ou cause profonde par post-it ou carton à coller sur la feuille de flip chart.

Etape 3 : Plénière / 20 minutes

- Après 20 minutes, demandez aux groupes de coller les réponses sur la feuille de flip chart ayant le titre de causes profondes ou facteurs favorisants.
- Demandez à un membre du groupe de faire la présentation ; il sera complété par les membres des autres groupes.
- Harmonisez les réponses par la présentation sur les causes profondes des VFEA et des facteurs favorisants :

¹⁷Manuel de Formation sur la Prise en Charge Globale des Victimes des VSBG au Burundi, 2016

Causes profondes :

- Attitudes masculines et/ou sociétales de manque de respect ou de mépris pour les femmes et les enfants
- Le mépris de la croyance en l'égalité des droits de l'homme pour tous
- Normes culturelles/sociales qui perpétuent l'inégalité entre les sexes
- Discrédit de la valeur et du travail des femmes
- Effondrement de la société traditionnelle et des structures de soutien familial
- Pratiques culturelles et croyances religieuses qui soutiennent la VBG
- Le contrôle et pouvoir des hommes sur les femmes.

Facteurs favorisant les VFEA :

- La pauvreté, qui fait que les femmes et les filles pauvres sont survivantes de prostitution forcée ou d'exploitation sexuelle.
- La dépravation des mœurs ;
- La dislocation des familles, le divorce, le célibat géographique ;
- La perte des mécanismes traditionnels d'encadrement de la société : les sanctions sociales, les normes de bon comportement ne sont plus aussi respectées et efficaces, les hommes peuvent avoir perdu leur statut social ;
- L'abus d'alcool et de drogue.
- La délinquance,
- Le besoin de prouver sa virilité en groupe ;
- Les situations de conflits armés ou familiaux (visant la domination, le contrôle d'une population, pour terroriser les populations civiles) ;
- Le désœuvrement, la pauvreté, la promiscuité ;
- L'exploitation sexuelle, la prostitution ;
- Le manque d'information sur la santé sexuelle et reproductive ;
- Certains déséquilibres psychologiques : la difficulté de contrôler ses instincts sexuels, sa violence, une frustration sexuelle ;
- Les tensions et querelles traditionnelles entre groupes voisins ;
- La socialisation, des garçons, des filles ;
- L'habillement indécent ;
- L'ignorance, l'innocence ;
- Films pornographiques.

Facteurs de risque de la maltraitance infantile

Selon l’OMS, les facteurs de risque de maltraitance sont généralement plus difficiles à repérer. Il existe quatre catégories de facteurs de risque qui peuvent augmenter la probabilité qu’un enfant soit victime de maltraitance, de négligence ou de mauvais traitements :

1. **Facteurs liés à l’enfant peuvent inclure entre autres** : les enfants non désirés par leurs parents ou ne répondant pas à leurs attentes, les enfants ayant des besoins spéciaux ou porteurs d’un handicap physique ou neurologique etc....
2. **Facteurs liés aux parents ou aux tuteurs**: l’usage abusif de drogues et d’alcool, une faible estime de soi, le fait d’avoir subi soi-même des maltraitances ou des mauvais traitements durant l’enfance, des pathologies mentales, etc ...
3. **Facteurs liés aux relations familiales ou entre les conjoints**: la violence conjugale/la violence qui prévaut au sein du foyer, l’absence d’un réseau de soutien de la part de la famille élargie ou de la communauté etc ...
4. **Facteurs liés à l’environnement socio-culturel** : la facilité d’accès aux drogues et à l’alcool, l’absence de soutien familial/communautaire et d’un logement approprié, des conditions de vie médiocres, la pauvreté et le chômage, l’inégalité sociale et de genre, les règles et les normes sociales qui soutiennent le recours à l’usage des châtiments corporels, les rôles strictement attribués selon le sexe ou la promotion/glorification de la violence envers autrui (OMS, 2020).

Etape 4: Clôture / 5 minutes

1. Inviter les participants à poser des questions auxquelles vous apportez des réponses
2. Clôturez la session en remerciant les participants pour leur participation active
3. Invitez les participants à suivre la session suivante.

Session I.5 : Conséquences des VFEA

Objectif d'apprentissage

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

- Identifier les conséquences des VFEA sur son état de santé physique, sociale et mentale de l'enfant ou de l'adolescent, en famille et /ou dans la société.

Durée : 55 minutes

Support: Flip chart, marqueur, trépied, tableau des conséquences des VFEA

Préparation

1. Examiner le contenu de formation pour être sûr que vous comprenez le contenu, la méthodologie et examiner le temps imparti à chaque étape de la session
2. Préparez 4 feuilles de flip chart avec le titre suivant : conséquences physiques, conséquences socioéconomiques, conséquences reproductives et conséquences émotionnelles et les afficher au mur à des endroits différents.

Procédure

Etape 1 : Brainstorming/ 15 minutes

1. Dites aux participants que cette session porte sur les conséquences de VFEA. Elle est liée à la session précédente sur la cause profonde et les facteurs favorisants.
2. Demandez aux participants de réfléchir sur les conséquences et rapportez les réponses sur les feuilles de flip chart affichés au selon les types de conséquences.

Etape 2 : Présentation/ 30 minutes

1. Clarifiez les réponses en montrant le tableau des conséquences plus bas.
2. Introduisez en disant que les conséquences des VFEA peuvent être dévastatrices et durables sur la santé physique, mentale et reproductive, et sur la cognition des survivants ainsi que sur leur statut socio-économique.

Conséquences sanitaires, socioéconomiques et psychologiques de la VFEA¹⁸

Physique	Reproductive	Socioéconomique	Psychologique / émotionnelle
1. Mortelles • Homicides • Suicide • Mortalité maternelle • Mortalité infantile • Mortalité liée au sida 2. Aiguës • Blessures • Choc • Infection 3. Chroniques • Handicap/cicatrices • Plaintes somatiques • Infections chroniques • La douleur chronique • Problèmes gastro-intestinaux • Troubles de l'alimentation • Les troubles du sommeil • Abus d'alcool/drogues	• Fausse-couche • Grossesse non désirée • Grossesse non planifiée • Prise en charge et traitement des complications résultant de l'avortement (c'est-à-dire soins post-avortement) et lien avec les services de planification familiale volontaire • IST, y compris le VIH • Troubles menstruels • Complications de grossesse • Infertilité • Troubles gynécologiques • Troubles sexuels • Augmentation des comportements « à risque » tels que les rapports sexuels avec de nombreux partenaires, les rapports sexuels non protégés • Âge plus jeune au premier rapport sexuel	• Coûts médicaux et non médicaux élevés (par exemple, juridique, protection sociale) • Rejet social, isolement • Perte de capacité à fonctionner dans la communauté (par exemple, gagner un revenu, faible productivité)	• Stress Post-traumatique • Dépression • Anxiété et la peur • Colère • Honte, insécurité, sentiment d'auto culpabilité, blâme • Maladie mentale • Trouble du comportement, • tentatives suicidaires • Difficulté de concentration

¹⁸ Heise and Moreno 2002.

Etape 3 : Clôture et transition /10 minutes

1. Demandez aux participants s'ils ont des dernières réflexions qu'ils souhaitent partager.
2. Dites aux participants que plus l'exposition aux abus est longue, plus les conséquences émotionnelles et sanitaires sont plus graves chez l'enfant et l'adolescent.
3. Concluez en transmettant les messages suivants aux participants :
 - Pour prévenir la VBG et la VFEA, nous devons aborder les causes profondes du problème. Nous devons nous efforcer de changer les normes sociales qui promeuvent et permettent la violence contre les femmes.
 - Le changement des normes sociales peut sembler décourageant, et nous pouvons prévoir que cela prendra beaucoup de temps. Néanmoins, au fur et à mesure que vous en apprenez plus sur la question et la manière de soutenir les survivants, vous devenez une partie de la solution au problème.
4. Clôturez en remerciant les participants pour avoir participé activement à la session du début jusqu'à la fin.

Session I.6. Répercussions des VFEA en fonction de l'âge

Objectif d'apprentissage

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

- Identifier les répercussions des VFEA en fonction de l'âge de l'enfant ou de l'adolescent.

Durée : 60 minutes

Support : Flip chart, laptop, rétroprojecteur, marqueur, scotch

Préparation :

1. Examinez le module de formation pour être sûr que vous en comprenez le contenu, la méthodologie et le temps imparti à chacune des étapes.
2. Préparer une présentation PowerPoint sur les *répercussions des VFEA*

Procédure

Etape 1 : Introduction et Brainstorming/ 15 minutes

1. Dites aux participants que cette session sera vue en détail dans les sessions ultérieures sur la prise en charge.
2. Demandez aux participants de réfléchir sur les répercussions selon l'âge de l'enfant et de l'adolescent.
3. Rapportez les réponses sur une feuille de flip chart.

Etape 2 : Présentation 35 minutes

Faites une présentation PowerPoint sur les répercussions des VFEA en fonction de l'âge.

a. Enfants (âgés de 0 à 5 ans)

- Les jeunes enfants adoptent souvent un comportement régressif, et ils semblent avoir perdu certaines aptitudes ou comportements qu'ils maîtrisaient auparavant.
- Perte du contrôle de leur vessie et augmentent la fréquence de pipi dans son lit : énurésie,
- Sucrer son pouce,
- Les jeunes enfants se montrent souvent accaparants à l'égard des adultes familiers dont les parents et enseignants notamment les personnes qui s'occupent d'eux et les enseignants dont ils se sentent proches,
- Réticents à quitter les lieux où ils se sentent en sécurité (leur foyer ou leur salle de classe),

- Craindre de se rendre dans des lieux qui peuvent déclencher les souvenirs d'une expérience terrifiante,
- Changement significatif des habitudes alimentaires et/ou de sommeil,
- les jeunes enfants peuvent faire état de douleurs physiques sans cause médicale

b. Enfants plus âgés (de 6 à 10 ans)

Les enfants plus âgés peuvent également adopter des comportements régressifs (par exemple demander aux adultes de leur donner à manger, ou de les habiller).

- Symptômes physiques inexplicables, à l'instar des jeunes enfants.
- Symptômes psychologiques : la tristesse, l'anxiété, la peur, les sentiments de honte et de culpabilité,...
- Par conséquent, les enfants plus âgés peuvent commencer à s'isoler de leurs amis et refuser d'aller à l'école, adopter un comportement agressif, ou encore avoir des difficultés à se concentrer, qui font chuter leurs résultats scolaires.

c. Les adolescents (âgés de 11 à 19 ans)

Selon l'OMS, l'adolescence est définie comme la période comprise entre 10 et 19 ans. Il s'agit d'un processus continu de développement des sphères physique, cognitive, comportementale et psychosociale d'un individu. Les adolescents sont confrontés à des difficultés spécifiques à leur niveau de développement. Ces adolescents présentent les signes ci-dessous :

- Dépression (tristesse chronique), pleurs ou indifférence affective
- Évocation des violences sexuelles, flashbacks
- Cauchemars (mauvais rêves) ou troubles du sommeil.
- Comportement autodestructeur (toxicomanie, alcoolisme, automutilations).
- Changement des performances scolaires
- Evitement des situations rappelant le traumatisme
- Manifestation de colère ou difficultés relationnelles avec les pairs,
- Comportements délinquants et/ou autodestructeurs (toxicomanie, alcoolisme).
- Pensées ou tendances suicidaires
- Détachement et le déni, les changements abrupts d'amis ou la rupture d'amitiés, la scarification ou d'autres formes d'automutilation
- Répercussions plus profondes lorsque l'agresseur est un parent, un beau-parent ou un adulte qui jouit de la confiance de l'enfant, plutôt qu'un étranger.

Etape 3 : Clôture et transition / 10 minutes

1. Demandez aux participants ce qu'ils ressentent après la présentation,
2. Dites aux participants qu'en général, les adolescents survivants sont confrontés à des nombreuses difficultés ; par conséquent, il peut être long et difficile, pour le

prestataire des services, de nouer une relation étroite avec eux.

3. Les prestataires de services qui interviennent auprès d'adolescents ayant subi des violences sexuelles découvriront que nouer des liens et instaurer un climat de confiance avec un adolescent est un objectif important.
4. Il est donc fondamental d'établir de solides rapports de confiance pour favoriser le processus de guérison et de rétablissement.
5. Remerciez les participants pour avoir participé activement.

Session I.7 : Liens entre les VFEA et le VIH

Introduction pour le formateur

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). Les faits disponibles sur les liens entre la violence contre les enfants et les adolescents et le VIH/SIDA montrent qu'il existe plusieurs mécanismes directs et indirects qui sous-tendent cette interaction¹⁹. La VFEA est à la fois une cause et une conséquence de l'infection à VIH et un moteur de l'épidémie.

Cette session examine la relation entre la VFEA et le VIH et souligne l'importance d'intégrer la VFEA dans les services cliniques du VIH.

Objectif d'apprentissage

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

- Expliquer les relations qui existent entre le VIH et les VFEA

Durée : 1 heure 30 minutes

Support :

Flip chart, laptop, rétroprojecteur, marqueur

Préparation

1. Examinez le module de formation pour être sûr que vous en comprenez le contenu, la méthodologie et le temps imparti à chacune des étapes.
2. Préparez une présentation sur les liens entre le VIH et la VFEA.

Procédure

Etape 1 : Introduction et travaux de groupes/30 minutes

1. Dites aux participants 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).
2. Informer les participants qu'il existe plusieurs mécanismes directs et indirects qui sous-tendent l'interaction entre la VFEA et le VIH/SIDA et leur expliquer comment examiner constamment ces liens.

¹⁹ integrating violence against children prevention and response into HIV services, facilitator and participant manuel, 2019, <https://www.crs.org/sites/default/files/tools-research/final-facilitators-manual-2019.pdf>

3. Organisez les participants en groupes. Demandez aux groupes de travailler pour discuter des liens entre le VIH et la VFEA pendant 30 minutes.

Demandez aux groupes de discuter des questions suivantes pendant 15 minutes :

- Comment le VIH peut-il mener à la VFEA ?
- Comment la VFEA peut-il conduire au VIH ?

4. Demander aux rapporteurs des groupes d'écrire les réponses sur les feuilles de flip chart

Etape 2 : Plénière/ 20minutes

1. Demandez aux 4 groupes de présenter à tour de rôle leurs travaux
2. Eclaircissez les réponses par la présentation PowerPoint :

Etape 3 : Présentation/ 20 minutes

1. Faites une présentation PowerPoint sur les liens entre le VIH et la VFEA, clarifiez les réponses avec la présentation suivante :

Présentation : Les liens réciproques entre VFEA et le VIH

Il a été démontré qu'il existe un lien bidirectionnel entre le VIH et la VFEA.

La VFEA augmente les risques de contracter le VIH à un âge adulte. Par exemple, il a été démontré que la violence physique, sexuelle, économique et émotionnelle conduit à une initiation plus précoce des comportements à risque pour le VIH et à une capacité réduite d'accès aux services de traitement du VIH.

Voici quelques exemples de comportements à risque en matière de VIH :

- Probabilité accrue d'avoir des relations sexuelles transactionnelles.
- Initiation sexuelle précoce
- Avoir de multiples partenaires sexuels
- Avoir des rapports sexuels non protégés
- Probabilité accrue d'abus de substances nocives (drogues ou alcool)
- Probabilité accrue de perpétration ou d'expérience de la violence à l'âge adulte

De même, les enfants vivant avec le VIH ou dans des foyers dont l'un des membres est séropositif sont également plus susceptibles de subir des violences.

Cette situation se perpétue de la manière suivante :

- Au niveau individuel, l'enfant a tendance à subir des abus et des mauvais traitements émotionnels, y compris le manque de soutien familial ;

- Au niveau familial, le VIH est associé à une série de facteurs prédictifs de la violence à l'égard des enfants, notamment la violence domestique dont les enfants sont témoins;
- Le fait que des membres du ménage ou l'enfant soient diagnostiqués séropositifs expose les enfants du ménage à la stigmatisation et à l'isolement social liés au VIH.

Importance de l'intégration de la VFEA aux services VIH

La VFEA et le VIH doivent être abordés ensemble car :

1. La VFEA est un facteur de risque connu d'infection au VIH ou d'aggravation de l'issue de ce dernier.
2. Le VIH est un facteur de risque connu d'augmentation du risque de violence.
3. Les directives mondiales sur le dépistage et le traitement du VIH chez les enfants et les adolescents reconnaissent la nécessité de s'attaquer à la violence.
4. Les données disponibles montrent que la prise en compte de l'intégration de la violence à l'égard des enfants peut améliorer les résultats en matière de prise en charge du VIH et de santé.
5. L'inégalité de genre est une cause de l'incapacité et de la pauvreté et fait que les enfants et adolescents pauvres soient survivants de prostitution forcée ou d'exploitation sexuelle ; cette inégalité accroît le risque de contracter le VIH. L'inégalité de genre augmente en plus la vulnérabilité de la fille.
6. La VFEA ou la menace de violence peuvent empêcher les enfants et les adolescents de se protéger contre les IST, y compris le VIH par utilisation du préservatif.
7. Le VIH présente à la fois des impacts immédiats et des conséquences à long terme qui, ensemble, alimentent la dynamique entre la VFEA, la pauvreté et le développement.
8. L'exploitation sexuelle des enfants est l'une des formes les plus extrêmes de violence liée au sexe et un facteur permanent de la propagation du VIH.
9. La violence sexuelle peut augmenter le risque d'infection par le VIH chez l'enfant lors des rapports sexuels forcés ou coercitifs. Les rapports sexuels forcés ou violents peuvent provoquer des abrasions et des micro-blessures, ce qui facilite la pénétration du VIH par la muqueuse vaginale.

La prise en compte des VFEA dans les services de PEC du VIH, cela signifie que la PPE au VIH en post viol chez les enfants et adolescent contribuerait à l'atteinte de l'objectif mondial « 95-95-95 » à l'horizon 2030

a) 1^{er} 95 :

« 95% des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) connaissent leur statut sérologique ».

- La peur de la violence de la part des partenaires intimes ou des familles peut être un obstacle à l'accès au dépistage du VIH ;
- Les tests VIH qui ne sont pas divulgués de manière sûre et ouverte peuvent accroître la violence au sein du foyer ou de la communauté ;
- Un test de dépistage du VIH peut être un bon point de départ pour permettre aux enfants, aux adolescents et à leurs soignants d'avoir une communication plus ouverte, ce qui peut être un moyen d'identifier et de prévenir la violence ou de la révéler et d'accéder à un soutien.
- Pour les femmes survivantes de violence, les tests VIH qui dépistent la violence du partenaire intime (VPI) au cours des programmes de PTME peuvent être un moyen d'accéder aux résultats de la prévention de la VBG, et de réduire l'impact de la violence sur leurs enfants également.

b) 2^{ème} 95 :

« 95% des personnes diagnostiquées séropositives (VIH+) reçoivent un traitement antirétroviral (ARV) ».

- La peur de la violence peut réduire la divulgation, en particulier aux enfants et aux adolescents, ce qui peut réduire l'adhésion au traitement ;
- Les enfants qui sont négligés, par exemple ceux qui vivent dans la famille élargie et sont survivants de stigmatisation, peuvent ne pas avoir accès à un traitement cohérent contre le VIH ;
- Le traitement du VIH peut être un moyen d'accéder à un soutien pour lutter contre la violence,
- Les interventions de vie positive et l'établissement d'un lien entre le traitement du VIH et d'autres services, tels que les services de santé sexuelle et reproductive pour les adolescents, peuvent être un moyen d'acquérir des compétences pour éviter des relations potentiellement violentes ou coercitives.

c) 3^{ème} 95 :

« 95% des PVVIH qui suivent un traitement parviennent à avoir leur charge virale indétectable ».

- Une personne survivante de violence peut avoir plus de mal à suivre son traitement, ce qui réduit la probabilité d'obtenir une suppression virale ;
- La suppression virale peut favoriser un sentiment d'autonomie et de bien-être qui, à son tour, peut aider un soignant ou un enfant à réduire le risque de violence.

Etape 4 : Discussion en plénière/ 15 minutes

1. Demandez aux participants de dire ce qu'ils ressentent après le partage de la présentation
2. Demandez ce qui peut être fait pour inverser la tendance de ces liens entre le VIH et les VFEA.

Etape 5 : Clôture et transition/ 5 minutes

1. Demandez aux participants s'ils ont une opinion ou réflexion à partager
2. Remerciez tous les participants pour avoir participé et annoncez le sujet suivant.

CHAPITRE II. PRINCIPAUX DOMAINES D'INTERVENTIONS

Session II.1 : Domaine d'intervention médicale

Introduction pour le formateur

Le contenu de cette session porte sur les rôles et les responsabilités du prestataire dans l'offre des soins et services au survivant de VFEA. La prise en charge médicale traite les conséquences immédiates et à long terme des actes commis sur l'enfant ou l'adolescent. Pour que le survivant soit à l'abri de toute exploitation ou violence sexuelle, l'action médicale sera complétée par une action psychosociale et une action policière et judiciaire.

Objectif d'apprentissage

A la fin de cette session, les participants sont capables de :

1. Identifier les rôles et les responsabilités du prestataire de soins dans le service de PEC des VFEA,
2. Définir les éléments de qualité des services de PEC des VFEA.

Durée : 65 minutes

Supports :

Flip chart, marqueurs LCD et ordinateur présentation PowerPoint: rôles et responsabilités du prestataire et les éléments de qualité des services de prise en charge des VFEA

Préparation

1. Examiner le contenu de la session pour comprendre la méthodologie et le temps imparti à chacune des étapes
2. Préparez une présentation Power Point sur *les rôles et responsabilités du prestataire*

Procédure

Etape 1 : Introduction/5 minutes

1. Dites aux participants que les interventions à l'endroit des enfants et adolescents survivants des VFEA doivent être multidisciplinaires. Cependant, cette session traite essentiellement de la prise en charge médicale des cas VFEA. Le lien entre le service médical et les autres intervenants doit être renforcé pour réussir une prise en charge globale. L'action médicale sera complétée par une action sociale et une action policière et judiciaire.
2. Annoncez le thème et les objectifs d'apprentissage
3. Demandez aux participants s'ils ont une question avant de continuer

Etape 2 : Travaux de groupes / 15 minutes

1. Répartissez les participants en 4 groupes.
2. Donnez à chaque groupe une feuille de flip chart et un marqueur
3. Demandez aux participants d'identifier les rôles et les responsabilités du prestataire ainsi que les éléments de qualité de service dans la prise en charge des VFEA.
4. Accordez 20 minutes aux groupes pour effectuer cet exercice

Etape 3 : Plénière/15 minutes

1. Sélectionnez 2 groupes pour présenter leurs travaux de groupes et accordez 5 minutes à chaque groupe, les 2 autres vont compléter les réponses.
2. Permettez les questions et les discussions en plénière.
3. Résumez les résultats des leurs travaux de groupes en harmonisant les réponses avec la présentation suivante.

Etape 4 : Présentation/ 15 minutes

A. Rôles et responsabilités du prestataire dans l'offre des services de VFEA :

1. Fournir les soins médicaux nécessaires, incluant le traitement des blessures, la prévention des maladies à long terme et les conséquences de la violence.
2. Collecter des échantillons médico-légaux.
3. Identifier des cas de VFEA parmi les clients venus à la FOSA ; communiquer avec les enfants et adolescents exploités ou ayant subi des violences sexuelles en faisant preuve de compassion et de compréhension.
4. Reconnaître les effets potentiels à long terme de toutes les formes de VFEA en particulier de l'exploitation et de la violence sexuelle sur la santé et le bien-être des enfants.
5. Consigner par écrit les observations médico-légales pertinentes.
6. Consigner par écrit les blessures observées et effectuer une évaluation physique.
7. Dépister, traiter les VIH et les autres ITS et prodiguer des conseils.
8. Offrir des services de PPE aux enfants et adolescents VIH négatifs.
9. Prévenir une grossesse non désirée chez les adolescentes.
10. Rédiger une expertise médicale au cas échéant.
11. Orienter les enfants/adolescents vers d'autres services appropriés.
12. Fournir des témoignages sur demande (justice).

B. Les éléments de qualité dans la prise en charge des VFEA

Statut du site	Normes minimales de gestion médicale	Exigences de déclaration et de documentation	Exigences minimales de ressources humaines
Formation sanitaire : 1. Publique. 2. privée ou. 3. associative.	1. Gestion et traitement des blessures, 2. Récit des faits détaillé, examen et documentation, 3. Offrir des services de contraception d'urgence et de PPE, incluant une gestion continue des PPE, 4. Offrir des services de prophylaxie ou traitement des ITS, 5. Offrir des services de counseling et de soutien, de dépistage du VIH et de suivi de la PPE 6. Vaccin : hépatite B, ...	1. Remplir le formulaire clinique de VFEA, 2. Tenir à jour les outils de collecte données	1. Un médecin, un infirmier ou sage-femme et ayant reçu une formation spéciale sur les VFEA, 2. Un conseiller ayant reçu une formation spéciale sur les VFEA

Etape 5 : Echanges en plénière/10 minutes

1. Dites aux participants que les professionnels de santé doivent avoir une bonne connaissance des soins nécessaires, des protocoles et des lois nationales relatives aux VBG/VFEA
2. Les professionnels de santé doivent collaborer étroitement avec les services sociaux, les familles et les autres services existant dans la communauté.
3. Demandez à quelques participants de partager leur cadre de l'offre des services de PEC de VBG
4. Demandez aux participants s'ils ont des ajouts
5. Orientez les participants dans le manuel du prestataire à la page sur les rôles et les responsabilités du prestataire et les éléments de la qualité des services de PEC des VFEA.

Etape 6 : Clôture et transition/ 5 minutes

1. Demandez aux participants si les objectifs des sessions ont été atteints, ou s'ils ont des ajouts.
2. Insister sur le minimum du paquet que la FOSA doit offrir dans le cadre de la dispensation des services de qualité en VFEA.
3. Préciser que le rôle du prestataire de soins est primordial pour offrir les soins complets de qualité à l'endroit des survivants des VFEA.
4. Clôturer la session tout en remerciant les participants pour la participation active.

Session II.2 : Domaine d'intervention juridique

Introduction pour le formateur

Le contenu de cette session rentre dans le cadre d'une action policière sur les aspects criminels des actes d'exploitation et de violence faite aux enfants/adolescents et une action judiciaire pour punir les agresseurs. Elle donne l'information au prestataire de soins de santé sur les lois nationales relatives aux violences basées sur le genre et les violences infligées aux enfants et adolescents.

L'orientation à la prise en charge juridique sera développée dans la session sur la collecte des informations et preuves médico-légales

Objectifs d'Apprentissage

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

- Identifier les lois nationales relatives aux VFEA

Durée : 45 minutes

Supports : Flip chart, scotch papier, fiches, marqueurs épais, LCD et ordinateur.

Préparation

1. Examiner le contenu de la session pour, comprendre la méthodologie et le temps imparti à chacune des étapes
2. Préparez une présentation PowerPoint sur les *lois nationales relatives aux VFEA*

Procédure

Étape 1 : Brainstorming / 10 minutes

1. Informez les participants que cette session décrit les lois nationales relatives aux VFEA.
2. Dites aux participants que le rôle principal du prestataire de soins de santé est de fournir des soins médicaux, mais il doit aussi reconnaître son rôle comme partie intégrante d'une équipe multidisciplinaire responsable de fournir une gamme de services coordonnés, en l'occurrence l'action policière et judiciaire pour punir l'agresseur et assurer la sécurité de l'enfant ou l'adolescent exploité ou ayant subi des VFEA.
3. Demandez aux participants de partager avec vous ce qu'ils savent des lois nationales relatives aux VFEA

Etape 2 : Présentation/ 20 minutes

Faites la présentation PowerPoint sur les lois nationales relatives aux VFEA :

1. La Constitution de la République du Burundi 2018 contient une déclaration des droits qui, entre autres, décrète l'interdiction de la discrimination fondée sur le sexe et le genre.
2. Il a été promulgué une loi N°1/13 du 22 septembre 2016 qui a pour objet la prévention, la protection des survivants et la répression des violences basées sur le genre. En voici quelques articles :
 - Il est créé au sein de chaque poste de police une unité spécialisée ou un point focal des violences basées sur le genre bénéficiant de l'appui technique d'un psychologue et/ ou d'assistant social adopté sous réserve de désapprobation du Ministère de la Sécurité publique (art.11)
 - Le règlement à l'amiable des affaires des violences basées sur le genre est pris pour complicité à l'acte de violence. Il est passible de la même peine que celle prévue pour cette infraction ou ce fait (art.23.)
 - Il est créé une chambre spécialisée sur les violences basées sur le genre au sein de chaque tribunal de grande instance (Art. 28).
3. Le Nouveau Code Pénal, édition révisée 2017, prévoit ce qui suit :

Les violences domestiques.

- Quiconque soumet son conjoint, son enfant ou toute autre personne habitant le même toit à des traitements cruels, inhumains ou dégradants est puni de la servitude pénale de trois ans à cinq ans et d'une amende de cinquante mille francs burundais (art.558).
- Quiconque contraint une femme à concevoir et mener à terme une grossesse est puni de la servitude pénale de trois à cinq ans. Est puni des mêmes peines celui force une femme à avorter (art.559)

Du viol.

- Le viol est puni de quinze ans à vingt-cinq ans de servitude pénale et d'une amende de cinquante mille à deux cent mille francs lorsqu'il est commis sur un mineur de moins de dix- huit ans (art. 579.1)
- Le viol est puni de vingt ans à trente ans et d'une amende de cent mille francs à cinq cent mille francs lorsque le viol a été commis sur un enfant de 12 à 15 ans (art. 580.5)
- Il est puni de servitude à perpétuité s'il est commis sur un enfant de moins 12 ans (art. 581. 3).

4. Code de la famille sur la garde des enfants :

- Le Burundi a souscrit plusieurs instruments internationaux ou africains sur les droits de l'homme et droits des enfants dont la Convention relative aux droits de l'enfant, adoptée et ouverte à la signature, à la ratification et à l'adhésion par l'Assemblée Générale dans sa résolution 44/25 du 20 novembre 1990, ratifiée par le Burundi.

5. Au niveau international, il y a des Droits de l'enfant et la Convention relative aux Droits de l'enfant (UNICEF)²⁰.

Les Droits de l'enfant sont au nombre de 10 :

1. Droit à la non-discrimination
2. Droit d'avoir un nom et une nationalité
3. Droit à la santé
4. Droit à l'éducation
5. Droit aux loisirs, au jeu et au repos
6. Droit à la participation
7. Droit à une sphère privée
8. Droit d'être protégé contre la maltraitance
9. Droit de vivre avec sa famille ou les personnes qui s'occupent mieux de lui
10. Droit à des soins spécifiques en cas de handicap

NB : Ces Droits de l'enfant sont bien expliqués avec la Convention relative à ces droits.

Etape 3 : Discussion en plénière / 10 minutes

1. Demandez aux participants s'ils ont des questions sur ces informations et y répondez y aux mieux.
2. Orientez les participants dans le manuel sur les : *lois nationales relatives aux VFEA*

Etape 4 : Clôture et transition/ 5minutes

1. Demandez aux participants s'ils ont des ajouts avant que vous ne commenciez une autre session de formation.
2. Remerciez les participants pour avoir participé activement.

²⁰ <https://www.unicef.org/fr/convention-droits-enfant#:~:text=>

Session II.3 : Domaine d'intervention psychosociale

Introduction pour le formateur

Les violences basées sur le genre engendrent des déséquilibres psychologiques avec des conséquences énormes sur le psyché et le soma. Elle nécessite une prise en charge adéquate. La prise en charge psychologique consiste à offrir à la personne survivante un espace de parole, d'écoute et confidentiel afin de lui permettre non seulement de repérer ses difficultés (souffrance, vécu douloureux, questionnement sur soi, stress, angoisse, problèmes personnels et familiaux) mais aussi de lui apporter les solutions adaptées dans le but de le conduire vers un mieux-être psychique, émotionnel et relationnel.

Objectif d'apprentissage

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

1. Identifier les avantages de l'action psychosociale
2. Montrer les étapes clés de la prise en charge psychosociale
3. Expliquer les rôles des intervenants psychosociaux auprès des survivants des VFEA

Durée : 50 minutes

Supports :

Flip chart, trépied, scotch papier, marqueurs épais

Préparation

1. Examinez le contenu de la session pour être sûr que vous comprenez le contenu, la méthodologie et le temps imparti à chacune des étapes
2. Préparer une présentation en PowerPoint

Procédure

Étape 1: Introduction et brainstorming / 15 minutes

1. Demandez aux participants de définir la prise en charge psychosociale de cas de VFEA
2. Demandez aux participants d'identifier les avantages de l'action psychosociale.
3. Rapportez les réponses sur une feuille de flip chart
4. clarifiez les réponses par la présentation suivante :

Etape 2 : L'approche de prise en charge psychologique/30minutes

Elle comprend trois phases clés que sont : l'accueil, l'entretien et l'examen clinique

Phase 1 : L'accueil

L'accueil est un aspect des plus importants car il importe de créer dès les premiers instants un climat de mise en confiance au sein duquel la personne survivante peut se sentir en sécurité. Les étapes clés d'un bon accueil sont : salutations, présentation, instauration d'un climat de confiance au sein d'une neutralité bienveillante, communication mutuelle avec empathie. Une bonne qualité d'accueil (le sourire, l'ambiance paisible...) permet à la personne survivante de se sentir dans une situation de sécurité.

Phase 2 : Entretien psychologique

C'est une relation d'échange verbale et non verbale entre la personne survivante et le psychologue permettant de mieux comprendre la personne survivante.

L'entretien psychologue se subdivise en trois catégories distinguées mais complémentaires qui sont :

- Entretien individuel,
- Entretien collectif,
- Médiation sociale.

Catégories	Cibles	Objectifs
Entretien individuel	Survivantes	Assurer un accompagnement individuel et/ou une évaluation de l'état psychique afin d'apporter un soutien psychologique.
Entretien collectif	Survivantes et familles	Contribuer au bien-être psychosocial des personnes survivantes vulnérables par leur participation à un groupe de pairs vivant la même situation de vulnérabilité.
Médiation sociale	Intervenants et /ou leaders communautaires	Reconstruire une relation familiale et sociale altérée ou interrompue (situation de rupture).

Dans un récit des faits, l'intervenant demande à la personne survivante de faire une description des faits en lui rassurant de la confidentialité des informations qu'elle fournit dans la description des faits. La personne survivante est libre de s'exprimer à sa convenance sans l'interrompre, ses moments de silence sont également respectés.

Etape 3 : Examen clinique psychologique Le processus de l'examen clinique lors d'une prise en charge psychologique se déroule en trois (3) sous étapes clés :

a. **Anamnèse :**

L'anamnèse est un entretien de type semi-directif où l'intervenant a pour objectif de cerner la demande et la nature des difficultés rencontrées. Cela nécessite deux choses : l'écoute de l'histoire de vie de la personne survivante et le recueil des informations sur son enfance, son adolescence, sa vie professionnelle si elle est en activité. Ses informations peuvent être données par la personne survivante et/ou son accompagnant.

b. **Evaluation psychologique**

L'évaluation psychologue relève uniquement du domaine de compétence du/de la psychologue. Le psychologue évalue chez la personne survivante : l'impact du traumatisme ; la dépression et le stress en utilisant l'observation du comportement ; l'entretien ; la passation de tests psychologiques. Les résultats obtenus et leurs interprétations permettront au/ à la psychologue de poser un diagnostic psychologique et en fonction de ce diagnostic, un projet individualisé est proposé à la personne survivante. Ce projet consiste à choisir une technique thérapeutique qui consiste à définir en fonction de la personnalité et de l'état de la personne survivante, les séances, les objectifs de la prise en charge, en quoi et comment les résultats de l'évaluation seront traités.

c. **Rapportage psychologique :**

A la fin, un rapport des activités est dressé. Le contenu du rapport psychologique est confidentiel et ne peut être partagé uniquement qu'avec le personnel soignant et la justice sur demande d'un examen psychologique.

▪ **Les avantages de l'action psychosociale**

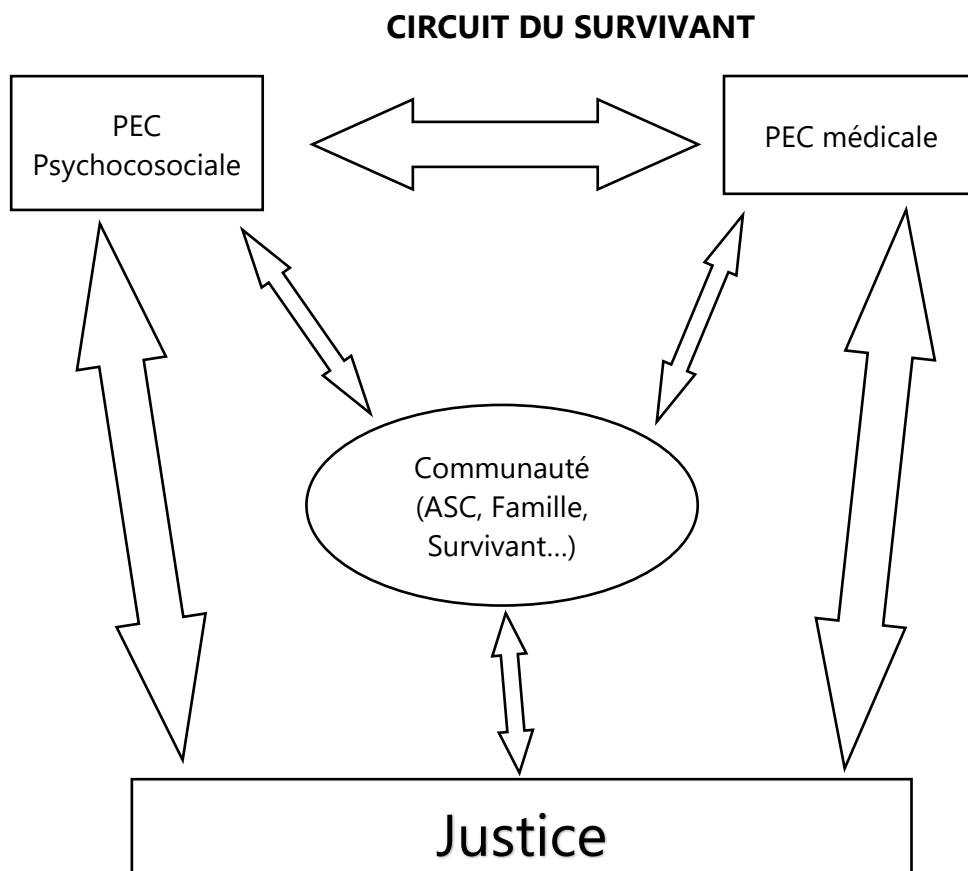
L'action psychosociale:

- S'intéresse aux besoins émotionnels/psychologiques du survivant
- Aide le survivant/tuteur à développer un plan d'action adapté à la situation
- Aide à garantir le concept de prise en charge intégrée qui, en plus des besoins émotionnels/psychologiques, répond aux besoins physiques, juridiques, et socio-économiques du survivant
- Aide à prévenir les comportements inadaptés (abus de drogues, alcool...) et les maladies mentales.

▪ **Rôles et responsabilités des prestataires impliqués dans la PEC psychologique des survivantes des VFEA**

Relais/Agent de Santé Communautaire/ Travailleurs Communautaires	Assistant(es)/ Travailleurs sociaux/ Animateurs	Psychologue	Psychiatre ou spécialiste de la santé mentale
*Ecoute des besoins des personnes survivantes *Orientation vers des structures de PEC médicale et psychosociale. *Accompagnent vers les organisations de soutien. *Plaidoyer en faveur du soutien psychosocial et de l'accès aux services fondamentaux (alimentation, abri, eau, hygiène, systèmes de gouvernance opérationnels, soins besoins de santé etc.)	*Aide à apporter une réponse aux besoins fondamentaux des personnes survivantes information sur la disponibilité des différents services de prise en charge holistique. *Orientation vers des services spécifiques à la demande des survivantes	*Apport d'un soutien spécifique en fonction de la situation vécue par la personne survivante	*Soutien spécialisé de la santé mentale et psychosocial (par des spécialistes dans le domaine, y compris les guérisseurs traditionnels)

Le point de départ du survivant pour accéder aux services prise en charge commence dans la communauté. Il poursuivra le circuit selon le service consulté jusqu'à la réintégration communautaire



Etape 3 : Clôture et transition/5 minutes

1. Dites aux participants que l'objectif de la session était de connaître la prise en charge psychosociale, les avantages, les rôles des intervenants auprès des survivants de VFEA.
2. Faites remarquer aux participants que l'action psychosociale rentre dans le cadre d'une prise en charge intégrée du survivant à travers une équipe multidisciplinaire remarquable dans le circuit ci haut.
3. Informer les participants qu'il y aura une session détaillée sur la prise en charge psychosociale.

Session II.4 : Principes de base pour répondre aux VFEA

Introduction pour le formateur

Cette session présente une série de principes directeurs illustrant les meilleures pratiques mises en œuvre dans la prise en charge des cas de VFEA. Ces principes orientent la prise de décisions et permettent de garantir la qualité globale des soins et services.

Ils permettent ainsi de veiller à ce que les mesures prises au nom des enfants bénéficiaires reposent sur des normes de prise en charge visant à promouvoir la santé et le bien-être de ces derniers.

Objectif d'apprentissage

A la fin de la session, les participants sont capables de :

- Identifier les principes directeurs de base à adopter pour la bonne prise en charge des VFEA.

Durée : 40 minutes

Support :

Flip chart, marqueurs, trépied, manuel du prestataire

Préparation

1. Examinez le contenu de la session pour être sûr que vous comprenez la méthodologie et le temps imparti à chacune des étapes.
2. Préparez le manuel en vérifiant que les principes directeurs dans la prise en charge des cas de VFEA sont clairs.

Procédure

Etape 1 : Brainstorming/10 minutes

1. Les principes directeurs sont les meilleures pratiques mises en œuvre dans la prise en charge des cas de VBG et VFEA.
2. Dites aux participants que ces principes directeurs sont destinés à assurer la qualité de la prise en charge des VBG et VFEA pour promouvoir la santé et le bien-être des enfants/adolescents survivants des violences
3. Demandez aux participants de travailler en binômes et d'identifier les principes de base pour la qualité des soins de services pour la prise en charge des cas de VBG et VFEA pendant 10 minutes
4. Après 10 minutes, notez les réponses sur une feuille de flip chart

Etape 2 : Lecture/ 20 minutes

1. Faites la lecture et exploitation des principes directeurs de prise en charge des survivants de VBG et VFEA dans le manuel du participant
2. Demandez à deux participants de lire à tour de rôle les deux déclarations de confidentialité.
3. Remerciez les participants d'avoir participé activement toute la période de la session.

II.4.a : Principes de base pour répondre à la VFEA

1. Servir au mieux l'intérêt de l'enfant

Pour dispenser des soins de qualité, il est fondamental de servir au mieux l'intérêt de l'enfant. Pour ce faire, il est particulièrement important de garantir sa sécurité physique et émotionnelle, c'est-à-dire son bien-être, tout au long de la prise en charge. Les prestataires de services doivent évaluer les répercussions positives et négatives de leurs interventions, avec l'aide de l'enfant et des personnes qui s'occupent de l'enfant. Toutes les mesures prises doivent permettre à l'enfant de continuer à jouir de ses droits à la sécurité et à un épanouissement continu.

2. Rassurer l'enfant

Les enfants qui révèlent avoir subi des sévices sexuels ont besoin d'être rassurés, encouragés et soutenus par les prestataires de services. Ces derniers doivent avoir été formés à réagir de façon adéquate à ces révélations. Ils ne doivent jamais mettre en doute les dires des enfants, ni les rendre responsables, de quelque façon que ce soit, de l'agression sexuelle. Les prestataires de services ont une responsabilité fondamentale : aider l'enfant à se sentir en sécurité et entouré au cours de la prestation de services.

3. Garantir un niveau de confidentialité approprié

Les informations sur les violences subies par un enfant doivent être recueillies, exploitées et conservées en toute confidentialité.

Pour cela, ces informations doivent être :

- Recueillies de façon confidentielle au cours des entretiens ;
- Communiquées aux seules personnes qui en ont besoin, et avec la permission préalable de l'enfant et/ou la personne qui s'occupe de l'enfant ou l'adolescent ;
- Conservées de façon sécurisée.

Dans les contextes où les prestataires de services sont tenus par la loi de signaler aux autorités locales les cas de violences sexuelles infligées aux enfants ou adolescents, les procédures y relatives doivent être expliquées aux enfants et aux personnes qui s'occupent des enfants au début de la prestation de services. Par ailleurs, il existe des limites au principe de confidentialité lorsque la santé ou la sécurité de l'enfant ou l'adolescent est en jeu. Ces limites visent à protéger l'enfant ou l'adolescent.

Exemple de déclaration pour expliquer la confidentialité à un enfant de 8 ans

« Mon travail consiste à discuter avec les enfants et à les aider à résoudre leurs problèmes. Je m'intéresse à toi et à ce qui t'es arrivé, et je veux m'assurer que tu es en sécurité. Ce que tu vas me dire restera entre toi et moi, sauf si tu me dis quelque chose qui m'inquiète, ou si tu as besoin d'une aide que je ne peux pas t'apporter. Si je m'inquiète pour ta sécurité, il faudra peut-être que je parle à quelqu'un qui peut t'aider. Si nous avons besoin de l'aide d'une autre personne pour examiner ton corps, ou si nous avons besoin de parler à quelqu'un qui peut contribuer à ta sécurité, nous discuterons ensemble de cette autre personne, et nous déciderons quoi lui dire. Mon rôle est de tout faire pour qu'on ne te fasse plus de mal. Nous aurons peut-être besoin de l'aide d'autres personnes pour garantir ta sécurité et protéger ta santé. Est-ce que tu es d'accord ? ».

Déclaration pour expliquer la confidentialité à un enfant de 12 ans

« Mon travail consiste à discuter avec les enfants et à les aider à résoudre leurs problèmes. La plupart de notre discussion restera entre toi et moi. Cependant, nous devons peut-être révéler à d'autres personnes certains des problèmes dont tu pourras me parler. Par exemple, si je ne suis pas capable de résoudre un de tes problèmes, nous devons discuter avec d'autres personnes capables de t'aider. Ou si je m'aperçois que tu cours un grave danger, je devrai en informer [insérer ici le nom de l'organisme concerné]. Si tu me dis que tu as l'intention de te blesser gravement, je devrai en informer tes parents, ou un autre adulte de confiance. Si tu me dis que tu as l'intention de blesser quelqu'un gravement, je devrai le signaler. Ces problèmes ne pourront pas rester entre toi et moi, car je veux être sûr(e) que tu es en sécurité et protégé(e). Tu peux parler de tout avec moi, mais il y a certaines choses dont nous devons discuter avec d'autres personnes, est-ce que tu comprends ? ».

4. Impliquer l'enfant dans le processus décisionnel

Les enfants ont le droit de prendre part aux décisions qui concernent leur vie. Le fait d'entendre les idées et opinions d'un enfant ne doit pas remettre en cause les droits et les responsabilités des personnes qui s'occupent des enfants d'exprimer leurs points de vue sur les questions qui concernent ces enfants.

Les prestataires de services peuvent ne pas toujours être en mesure de respecter les souhaits des enfants pour agir dans leur intérêt ; néanmoins, ils doivent toujours les responsabiliser et les soutenir, et s'adresser à eux de façon transparente, avec tout le respect qui leur est dû. Lorsque les souhaits des enfants ne peuvent être traités de façon prioritaire, il convient de leur expliquer pourquoi.

5. Traiter chaque enfant de façon juste et équitable (principe de non-discrimination et d'inclusion).

Tous les enfants doivent recevoir les mêmes soins et traitements de qualité sans aucune autre considération. Aucun enfant ne doit être traité injustement, pour quelque raison que ce soit.

6. Renforcer la résilience de l'enfant

Chaque enfant a des aptitudes, des points forts uniques et la capacité de guérir. C'est aux prestataires de services que revient la responsabilité d'identifier et exploiter les forces naturelles de l'enfant et la famille dans le cadre du processus de rétablissement et de guérison.

Les enfants bien entourés, qui ont l'occasion de participer de façon significative à la vie familiale et communautaire, et qui se considèrent comme des personnes fortes sont plus susceptibles de guérir et se remettre des violences subies.

Etape 3 : clôture et transition/ 10 minutes

1. Récapitulez les principes directeurs en demandant à un ou deux participants de dire ce qu'il a retenu.
2. Demandez aux participants s'ils ont des dernières réflexions qu'ils souhaitent partager.

CHAPITRE III. SERVICES DE REPONSES AUX VFEA

Session III.1. Valeurs et attitudes du prestataire ²¹

Introduction pour le formateur

Cette session constitue une opportunité pour explorer les valeurs et les attitudes personnelles des prestataires en cas de VFEA.

Objectifs d'Apprentissage

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

1. D'explorer les valeurs personnelles concernant les normes liées au genre et la VFEA
2. D'identifier comment les valeurs personnelles des prestataires déterminent leurs attitudes vis-à-vis des survivants de VFEA.
3. D'identifier les difficultés pouvant survenir au cours de la prise en charge des enfants et adolescents qui ont subi de la VFEA.
4. D'identifier les stratégies pour surmonter les difficultés qui peuvent survenir au moment de l'offre des services VFEA.

Durée : 60 minutes

Support : outil des formateurs: votez avec vos pieds et les déclarations, 4 feuilles de flip chart avec le titre : « Tout à fait d'accord » ; « Pas du tout d'accord » ; « D'accord » ; et « Pas d'accord », marqueurs, papier scotch

Préparation

1. Préparez la présentation sur les valeurs et les attitudes
2. Créez quatre affiches avec une des déclarations suivantes sur chacune :
«Tout à fait d'accord »; « Pas du tout d'accord »; « D'accord » ; et « Pas d'accord».
3. Accrochez une affiche au mur à chaque coin de la salle.
4. Si nécessaire, organisez les tables et les chaises de telle sorte que les participants puissent bouger librement.

²¹ Adapté de : The RESPOND Project. 2014. Integration of family planning and intimate partner violence services: A prototype for adaption. Trainer's guide. New York: EngenderHealth (The RESPOND Project).

5. Imprimez l'outil du formateur : *Votez avec vos pieds*, et choisissez 5-7 déclarations de valeur de chacune des catégories en fonction des informations que vous avez apprises sur vos participants pendant les sessions précédentes.

Procédure

Étape 1 : Brainstorming sur les valeurs et les attitudes/ 15 minutes

1. Demandez aux participants d'expliquer ce que c'est une valeur personnelle et une attitude
2. Clarifiez la réponse par une présentation PowerPoint

Votez avec les pieds / 40 minutes

3. Expliquez que cet exercice est une opportunité pour les participants d'explorer leurs valeurs personnelles. Demandez aux participants de décrire ce que les mots valeur et attitude signifient pour eux.
4. Ensuite, demandez comment nos valeurs et attitudes se forment.
5. Clarifiez les réponses avec une brève présentation en PowerPoint sur les valeurs et attitudes.

- **Les valeurs :**

Les valeurs sont ce que nous considérons comme important ou de grande importance (par exemple, la santé, le respect des autres, le fait d'atteindre des objectifs, etc.). Les valeurs servent de directives pour nous aider à prendre des décisions sur nos choix de vie et nos comportements individuels. En règle générale, lorsque nous agissons conformément à nos valeurs, nous avons tendance à nous sentir bien par rapport à nous-mêmes et par rapport à nos actions.

Nos valeurs sont fondées sur ce que nous voulons ou désirons de la vie. Nous développons nos valeurs en fonction de nos expériences personnelles ou de la manière dont nous interprétons les expériences des autres personnes. Bien que nos valeurs puissent évoluer au fil du temps, nous avons souvent le sentiment que nos valeurs sont ancrées au fond de nous.

- **Les attitudes**

Les attitudes sont des perceptions positives ou négatives que les personnes ont d'autres personnes, des objets, des activités, des concepts, etc. Les personnes qui ont une attitude positive envers un comportement (par exemple, l'abstinence ou l'utilisation d'un préservatif) sont plus susceptibles d'adopter ce type de comportement. Les attitudes sont souvent définies par notre éducation - la manière dont nous sommes élevés. Les attitudes sont liées aux normes sociales sur la manière dont les personnes sont censées se comporter dans un contexte particulier.

6. Demandez aux participants de se lever et d'aller vers le milieu de la salle. Expliquez-leur que vous lirez une série de « déclarations de valeur ». Après que vous avez fini la lecture d'une déclaration, vous allez demander aux participants de se déplacer vers l'affiche qui décrit le mieux leur opinion vis-à-vis de la déclaration (tout à fait d'accord, pas du tout d'accord, d'accord, ou pas d'accord). Une fois que tout le monde se sera positionné à côté d'une affiche, vous lirez une autre déclaration et les participants se déplaceront à nouveau en fonction de leur opinion vis-à-vis de la déclaration.
7. Dites-leur qu'ils sont autorisés à changer leurs positions pendant que les discussions sont en cours.

Etape 2 : Commencer à lire quelques énoncés suivants et observez leurs choix/30 mn

Déclarations de valeur Catégorie 1 : genre et sexualité

1. La société accepte que les hommes aient des partenaires sexuels multiples mais pas les femmes.
2. Les jeunes filles qui s'habillent de façon indécente s'exposent au risque d'être violées.
3. Il arrive parfois que les garçons ne puissent pas contrôler leur colère.
4. Les adolescents apprécient le sexe tout autant que les adultes.
5. Les garçons doivent avoir plus de pouvoir que les filles car ils sont plus intelligents et plus forts.
6. Il est acceptable que les garçons aient des relations sexuelles avec n'importe quelle fille de son choix à condition qu'il utilise un condom.
7. Il est acceptable que les hommes aient des relations extraconjugales en abusant les enfants si leurs épouses ne satisfont pas leurs besoins sexuels.
8. Les hommes sont censés soutenir les enfants de sa famille financièrement et les femmes sont censées s'occuper du foyer.

Catégorie 2 : Violence sexuelle et basée sur le genre

1. Les filles ont le droit de ne pas être d'accord avec leurs copains.
2. Une fois non marié, un homme peut avoir des rapports sexuels avec la fille à chaque fois qu'il le veut.
3. Parfois les filles méritent d'être punies pour avoir contesté les souhaits de leurs amis.
4. La violence domestique est une affaire privée et ne doit pas être discutée en public.
5. Les actes de violence sexuelle commis par un étranger sont pires que les actes de violence sexuelle commis par une connaissance.

6. Le corps d'une femme appartient aux hommes de sa famille.
7. Les filles crient « au viol » lorsqu'elles ont eu des rapports sexuels dont elles ont honte.

Catégorie 3 : Jugements sur les clients

1. Les femmes mentent à propos de la violence domestique pour attirer l'attention des autres.
2. Les Survivants de violence domestique doivent apprendre à se défendre elles-mêmes afin d'arrêter la violence.
3. Si un enfant survivant des abus sexuellement désire rester aux côtés de ses tuteurs, cela veut dire que cet abus n'est pas si grave.
4. Les femmes doivent essayer de faire marcher leur relation même si leur mari est violent avec elles. La famille doit toujours rester ensemble.
5. Il peut être frustrant de travailler avec un enfant qui ne veut pas s'aider lui-même en post VFEA.
6. Si un jeune survivant de VFEA n'a pas d'éducation, il est plus facile de lui dire ce qu'il faut faire au lieu de lui expliquer quelles sont ses options en matière de soins.
7. Je ne me sens pas obligé de parler aux clients de leurs relations intimes si j'ai le sentiment que leur situation ne va pas changer.

Catégorie 4 : Questions diverses (à utiliser si le groupe devient agité)

1. Je préférerais parcourir 1 km à vélo que marcher 1 km.
2. J'aime cuisiner.
3. Je suis un bon danseur.
4. Je me sens fier lorsqu'une personne pense que j'ai fait du bon travail.
5. Les bébés sont mignons.

Étape 3 : Clarification des valeurs et discussion en groupe / 40 minutes

1. Cette clarification des valeurs permettra à la longue de transformer les attitudes des prestataires qui seront amené à prendre conscience sur la nécessité et la promptitude dans l'offre des services de qualité aux survivants en post viol.
2. Demandez aux participants de partager leurs réflexions sur l'activité. Si vous devez les relancer, pensez à poser les questions suivantes :
 - Qu'est-ce qui a été le plus difficile?
 - Qu'est-ce qui a été le plus surprenant?

- Quel effet cela vous a fait d'être le / la seul (e) ou presque le / la seul (e) à avoir cette opinion (Posez la question à ceux qui vous ont semblés être seuls)?
- Étiez-vous surpris par certaines des opinions ou par la diversité des opinions?

3. Menez une discussion de groupe en utilisant les questions suivantes :

- Quelles déclarations ont révélé l'éventail le plus large de croyances ? Qu'est-ce qui pourrait expliquer ces différences de valeurs et d'attitudes ?
- Pourquoi est-il important pour nous, en tant que prestataires, de connaître nos propres valeurs et attitudes, et le pouvoir que nous avons en tant que prestataires ?
- Comment nos valeurs et attitudes influencent-elles la manière dont nous percevons nos clients ou la manière dont nous fournissons des soins à nos clients ?
- Que faisons-nous lorsque nos valeurs ne sont pas en phase avec les valeurs de notre client ?
- Que pouvons-nous faire si les valeurs de notre client nous mettent mal à l'aise?

Étape 4 : Clôture et transition / 5 minutes

1. Rappelez aux participants que le travail du prestataire consiste à fournir les meilleurs soins et traitements en fonction des besoins du client, plutôt que fournir des soins et un traitement en fonction des valeurs personnelles et attitudes du prestataire.
2. Rappelez aux participants qu'aimer certaines personnes plus que d'autres fait partie de la vie humaine. Encouragez les participants à solliciter le soutien d'un collègue s'ils se sentent frustrés lorsqu'ils travaillent avec un client qui a des valeurs et des attitudes différentes. Les collègues peuvent s'entraider pour développer une solution avec le client.

Outil des formateurs : Votez avec vos pieds

Déclarations de valeur catégorie 1 : Genre et sexualité

1. La société accepte que les hommes aient des partenaires sexuels multiples mais pas les femmes.
2. Les jeunes filles qui s'habillent de façon indécente s'exposent au risque d'être violées.
3. Il arrive parfois que les garçons ne puissent pas contrôler leur colère.
4. Les adolescents apprécient le sexe tout autant que les adultes.
5. Les garçons doivent avoir plus de pouvoir que les filles car ils sont plus intelligents et plus forts.
6. Il est acceptable que les garçons aient des relations sexuelles avec n'importe quelle fille de son choix à condition qu'il utilise un condom.

7. Il est acceptable que les hommes aient des relations extraconjugales en abusant les enfants si leurs épouses ne satisfont pas leurs besoins sexuels.
8. Les hommes sont censés soutenir les enfants de sa famille financièrement et les femmes sont censées s'occuper du foyer.

Catégorie 2 : Violence sexuelle et basée sur le genre

1. Les filles ont le droit de ne pas être d'accord avec leurs copains.
2. Une fois non marié, un homme peut avoir des rapports sexuels avec la fille à chaque fois qu'il le veut.
3. Parfois les filles méritent d'être punies pour avoir contesté les souhaits de leurs amis.
4. La violence domestique est une affaire privée et ne doit pas être discutée en public.
5. Les actes de violence sexuelle commis par un étranger sont pires que les actes de violence sexuelle commis par une connaissance.
6. Le corps d'une femme appartient aux hommes de sa famille.
7. Les filles crient « au viol » lorsqu'elles ont eu des rapports sexuels dont elles ont honte.

Catégorie 3 : Jugements sur les clients

1. Les femmes mentent à propos de la violence domestique pour attirer l'attention des autres.
2. Les survivants de violence domestique doivent apprendre à se défendre elles-mêmes afin d'arrêter la violence.
3. Si un enfant survivant des abus sexuellement désire rester aux côtés de ses tuteurs, cela veut dire que cet abus n'est pas si grave.
4. Les femmes doivent essayer de faire marcher leur relation même si leur mari est violent avec elles. La famille doit toujours rester ensemble.
5. Il peut être frustrant de travailler avec un enfant qui ne veut pas s'aider lui-même en post VFEA.
6. Si un jeune survivant de VFEA n'a pas d'éducation, il est plus facile de lui dire ce qu'il faut faire au lieu de lui expliquer quelles sont ses options en matière de soins.
7. Je ne me sens pas obligé de parler aux clients de leurs relations intimes si j'ai le sentiment que leur situation ne va pas changer.

Catégorie 4 : Questions diverses (à utiliser si le groupe devient agité)

1. Je préférerais parcourir 1 km à vélo que marcher 1 km.
2. J'aime cuisiner.

3. Je suis un bon danseur.
4. Je me sens fier lorsqu'une personne pense que j'ai fait du bon travail.
5. Les bébés sont mignons.

Session III.2. Consentement, limites et confidentialité

Objectifs d'apprentissage

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

1. Définir les limites de la confidentialité dans les cas de VFEA.
2. Indiquer l'importance de définir des limites et de respecter la confidentialité lorsqu'ils s'occupent des enfants et adolescents Survivants des VFEA.
3. Résoudre des problèmes qui peuvent se présenter lorsqu'ils s'occupent de clients qui subissent de VFEA.
4. Connaître l'importance du consentement tout au long du processus d'examen et de traitement.

Durée : 65 minutes

Supports :

- Feuilles de flip chart, trépied, marqueurs de plusieurs couleurs, vidéoprojecteur,
- Manuel du participant pour s'y référer en rapport avec le tableau du consentement éclairé en fonction de l'âge et le formulaire du consentement,
- Images Vidéo sur la confidentialité et le consentement.

Préparation

1. Examinez le module de formation pour être sûr que vous en comprenez le contenu, la méthodologie et le temps imparti à chacune des étapes.
2. Ayez le manuel pour orienter les participants en rapport avec les définitions des limites et confidentialités
3. Imprimez le polycopié III.1a. Cas clinique sur respect des limites et confidentialité pour chaque participant
4. Ayez le manuel pour orienter les participants en rapport *assentiment/consentement éclairé en fonction de l'âge et le Modèle de formulaire de consentement*
5. Vérifier le film audiovisuel sur la confidentialité et Consentement :
 - a. Vidéo sur la confidentialité : B5. et C11.
 - b. Vidéo sur le consentement et assentiment : C11
 - c. Vidéo sur accueil et consentement à l'anamnèse d'un jeune survivant : C113 et C115.

Procédure

Étape 1 : Brainstorming sur la notion de limite / 10 minutes

1. Demandez aux participants de partager leur définition d'une limite avec vous.
2. Avez-vous actuellement des limites avec vos clients ?
3. Notez leurs réponses sur la feuille de flip chart.

Exemples de réponses sur la notion de limite :

Notion de limites.

Limite : Une ligne imaginaire ou physique qui marque un territoire. Souvent, vous devez avoir une permission pour traverser une frontière.

Les limites aident à définir ce que le personnel de la clinique peut ou ne peut pas faire, fera ou ne fera pas, devrait faire ou ne devrait pas faire pour un client. Les limites aident à déterminer les attentes d'un client vis-à-vis du personnel de la clinique. Les limites aident le personnel de la clinique à comprendre et à définir son rôle et ses responsabilités en ce qui concerne les politiques et les procédures. Lorsqu'elles sont appliquées comme il se doit, les limites ont pour but de protéger à la fois le bien-être des clients et celui du personnel de la clinique.

Importance des limites dans les cas de VFEA. Vous pouvez être le seul soutien dans la vie de votre client. Il est important pour le client de savoir et de comprendre votre rôle. Vous ne pouvez pas « sauver » cette personne du traumatisme qu'elle a subi ou qu'elle subit, mais vous pouvez faire preuve de compassion à son égard, l'écouter activement et l'aider à prendre des décisions informées concernant ses soins. Un prestataire qui montre à un survivant de VBG des limites saines dès le début aide à restaurer la confiance, le pouvoir et le contrôle pour le survivant. De plus, le fait d'avoir des limites saines aide à minimiser le traumatisme secondaire (indirect) chez les prestataires.

Étape 2 : Brainstorming sur la confidentialité / 15minutes

1. Demandez aux participants de partager leur définition de la confidentialité avec vous.
2. Pourquoi est-il important de respecter la confidentialité vis-à-vis des clients ?
3. Que faites-vous actuellement pour respecter la confidentialité de vos clients ?
4. Exemples de réponses sur la confidentialité :

Confidentialité :

Confidentialité : Un ensemble strict de règles écrites, orales ou implicites limitant l'accès à certains types d'informations.

La confidentialité dans le contexte de la clinique.

La confidentialité permet de veiller à ce que les informations personnelles et l'historique médical ne soient révélés à personne sans le consentement signé (permission) du client. Le respect de la confidentialité est une pratique qui encourage les patients à être ouverts et honnêtes à propos de leurs besoins et de leurs souhaits. Le secret médical et la confidentialité des survivants doivent être absolument respectés dans toutes les circonstances, au sein des structures de prise en charge comme en dehors. Le prestataire de soins doit préciser que le contenu de l'entretien est soumis aux règles du secret professionnel, en particulier à l'égard du conjoint du survivant, de sa famille et de la police.

Importance de la confidentialité dans les cas de VFEA.

Les survivants sont confrontés à plusieurs obstacles lorsqu'elles signalent un cas de VFEA, y compris la crainte du manque de confidentialité de la part du prestataire. L'explication des limites de la confidentialité et du respect de la confidentialité est essentielle pour la sécurité des clients qui subissent de la VFEA. Le non-respect de la confidentialité peut mettre le survivant plus en danger si son partenaire venait à découvrir que ses actes de violence ont été révélés. De plus, la confidentialité est particulièrement importante dans les contextes où les réactions de l'environnement familial et de la communauté stigmatisent le survivant. Le non-respect de la confidentialité peut causer de graves problèmes et accroître le niveau de traumatisme ressenti par le survivant.

La confidentialité est un principe éthique associé aux professions médicales et aux services sociaux. Pour préserver la confidentialité, le prestataire de service doit protéger les informations recueillies sur ses clients et s'engager à communiquer les informations d'un client uniquement avec le consentement de ce dernier. Toutes les informations écrites doivent être conservées dans un lieu confidentiel, à l'intérieur d'un meuble fermant à clé. Lors d'intervention auprès d'enfants, la confidentialité des informations peut avoir certaines limites (p. ex. lorsque la loi oblige à déclarer les cas d'agression sur un enfant)

Implications légales du non-respect de la confidentialité

Un prestataire qui subit une quelconque menace parce qu'il a accueilli un survivant de violence sexuelle et basée sur le genre ou qui est soumis à une pression pour divulguer des informations relevant du secret médical, soit de la part de l'agresseur présumé soit d'une tierce personne, peut se référer à un OPJ tout en respectant la confidentialité quant à l'identité du survivant.

Rappelons que le climat de confiance et le respect de la confidentialité doivent prévaloir dans la prise en charge d'un survivant de violence sexuelle et basée sur le genre.

L'agent de santé est obligé de respecter le secret médical et ne peut pas révéler les informations qui lui ont été confiées dans le cadre de sa profession. Le non-respect du secret professionnel est puni par la loi sauf si le dépositaire est légalement tenu de témoigner en justice.

Titre I, Chapitre VII, de la révélation du secret professionnel par l'article 263 du code Pénal du 29 Décembre 2017 qui dispose que : « *Toute personne dépositaire par état ou par profession, des secrets qu'on lui confie qui, hors le cas où elle est appelée à rendre témoignage en justice et celui où la loi l'oblige à faire connaître ces secrets, les a révélés, est punie de servitude pénale d'un an à deux ans et d'une amende de vingt mille francs à cent mille francs burundais. La peine est portée à 5ans de servitude pénale lorsque l'infraction est commise par un membre du corps de défense et de sécurité* »

La loi n°1/018 du 12 mai 2005, portant protection juridique des personnes vivant avec le VIH dans son article 27 qui dispose que : « N'est pas considéré, aux termes de la présente loi, comme une violation du secret médical, le fait pour les personnes visées à l'article précédent (art 26), de communiquer ladite information :

À la personne infectée par le VIH ou malade du SIDA ou, si ladite personne est incapable, à son représentant ;

- à leurs collègues ou autres autorités sanitaires si telle est l'exigence pour une bonne administration de la médecine audit patient;
- aux autorités judiciaires pour des raisons d'enquête requérant explicitement la communication d'une telle information ».

Étape 3 : Cas clinique / 20minutes

Cas clinique sur le respect des limites et confidentialité

Polycopie III.1a. Cas clinique sur le respect des limites et confidentialité

Noëlla, est une jeune fille de 15 ans. Elle est la sœur de votre collègue et vient de quitter la clinique pour un don de sang parmi les nouveaux donneurs fidélisés. Un des résultats des tests sérologiques a révélé le test au VIH positif. Pendant le counseling et au point d'amorcer le processus d'indexation du cas, Noëlla vous a dit que son ami Jimmy de 18 ans était la seule personne avec laquelle elle a eu des rapports sexuels.

Elle vous a également dit que son ami Jimmy serait très en colère au point de déprimer s'il apprenait que le résultat du test VIH était positif. Vous n'êtes pas certain que son ami commette des actes de violence ou non. Votre collègue vous demande si tout s'est bien passé pendant la visite.

Question :

1. Le fait de répondre à la question de votre collègue constitue-t-il une question de confidentialité ou de limite ?
2. Que devez-vous faire dans cette situation ?
3. Comment cette situation peut-elle vous affecter personnellement ?
4. Connaissez-vous des situations similaires qui sont arrivées dans la vie réelle ? Comment avez-vous géré la situation ?

Correction : Cas clinique sur le respect des limites et confidentialité

Polycopie III.1a. Cas clinique sur respect des limites et confidentialité

Noëlla, est une jeune fille de 15 ans. Elle est la sœur de votre collègue et vient de quitter la clinique pour un don de sang parmi les nouveaux donneurs fidélisés. Un des résultats des tests sérologiques a révélé le test au VIH positif. Pendant le counseling et au point d'amorcer le processus d'indexation du cas, Noëlla vous a dit que son ami Jimmy de 18 ans était la seule personne avec laquelle elle a eu des rapports sexuels.

Elle vous a également dit que son ami Jimmy serait très en colère au point de déprimer s'il apprenait que le résultat du test VIH était positif. Vous n'êtes pas certain que son ami commette des actes de violence ou non. Votre collègue vous demande si tout s'est bien passé pendant la visite.

Question :

3. Le fait de répondre à la question de votre collègue constitue-t-il une question de confidentialité ou de limite ?

Rép. Ce sont les deux.

4. Que devez-vous faire dans cette situation ?

Rép. Dites à votre collègue que la confidentialité prestataire-client reste en vigueur, même à l'égard des employés de la clinique. Dites à votre collègue que vous ne partagerez pas d'informations confidentielles avec elle. Respecter la confidentialité. Dites à votre collègue qu'elle franchit une limite et qu'elle vous met dans une situation difficile en posant des questions.

5. Comment cette situation peut-elle vous affecter personnellement ?

Rép. Votre collègue peut se mettre en colère ou se fâcher contre vous. Vous pouvez être en colère ou fâché contre votre collègue. Vous pourriez avoir le sentiment que vous ne soutenez pas votre collègue de la manière dont vous voulez soutenir votre collègue. Vous pouvez avoir le sentiment que vous pouvez partager les informations sur la cliente avec la collègue car elle travaille aussi à la clinique. Toutes ces réactions sont normales. Souvenez-vous que vous faites ce qui est correct et ce que vous êtes juridiquement contraint de faire.

6. Connaissez-vous des situations similaires qui sont arrivées dans la vie réelle ? Comment avez-vous géré la situation ?

Étape 3 : Brainstorming sur le consentement sur la PEC des VFEA / 20 minutes

1. Il est important que le prestataire reconnaisse l'importance du consentement tout au long du processus d'examen et de traitement.
2. Même si ce consentement se manifeste presque toujours en signant un document formel, le consentement peut être retiré à tout moment ensuite. Il est essentiel de tenir compte de la capacité et de l'âge de l'enfant pour déterminer qui doit donner son consentement à l'examen d'un enfant (Médical Protection Society 2011).
3. Dans le contexte du Burundi, la loi reste lacunaire sur les aspects du consentement en matière d'examen médico-légal chez les enfants et adolescents survivants des violences.
Le code des personnes de la famille du Burundi de 1993 décrit le consentement dans le cadre d'adoption des enfants. Toutefois, il est stipulé dans le même code qu'au cours des investigations légales sur les besoins de l'enfant, ses propos doivent être tenus en considération. Le consentement de son tuteur ou mandataire doit être signée
4. Si l'enfant n'a pas l'âge lui permettant de donner légalement son consentement dans le pays de prestation des soins, un parent, un tuteur ou un adulte mandataire devra alors donner ce consentement. Il est très important que les prestataires comprennent les lois en vigueur localement concernant les consentements avant d'administrer des traitements, afin de s'assurer de toujours respecter les droits de l'enfant.
5. Un protocole ou une politique devraient être élaborés pour indiquer comment obtenir le consentement d'un adulte mandataire lorsque l'enfant ou le parent/tuteur est incapable ou refuse de donner le consentement nécessaire.
À ce titre, il peut parfois être nécessaire d'obtenir une autorisation d'une autorité légale dans le cadre d'une procédure juridique.
6. Le consentement à un examen doit comprendre des informations sur la procédure de collecte des échantillons médico-légaux et d'élimination de ces échantillons après l'examen. Le formulaire de consentement doit également indiquer quelles informations et quels échantillons recueillis durant l'examen seront communiqués à quelles autorités (p. ex. police, tribunaux, autres enquêteurs).

Rôle de l'enfant

1. Lorsque les enfants reçoivent des informations sur ce qui se passe et qu'ils ont l'occasion d'exprimer leurs idées, ils se sentent plus rassurés sur leurs soins et leur traitement.
2. Les droits des enfants concernant le processus décisionnel sont basés sur les lois locales et les politiques du prestataire de services). Le rôle de l'enfant ou de l'adolescent dans le processus décisionnel ne dépend pas seulement des lois locales et des politiques en vigueur, mais aussi de son âge et de son stade de développement.

3. En ce qui concerne les enfants pré pubères, il suffit souvent d'un simple assentiment à l'examen plutôt qu'un consentement formel, lequel peut être obtenu auprès d'un parent ou tuteur non agresseur.
4. En ce qui concerne les adolescents, l'assentiment et le consentement sont nécessaires pour l'examen et le traitement.
5. Aucun examen quel qu'il soit, médicolégal ou non (p. ex. vérification de virginité) ne peut cependant être fait sans l'assentiment de l'enfant ou de l'adolescent. Cette exigence signifie qu'un enfant ne doit jamais être maintenu et forcé de subir une évaluation médico-légale, laquelle risquerait alors d'aggraver les séquelles et le traumatisme.

Polycopiés III.1b. Assentiment/Consentement éclairé en fonction de l'âge²²

Groupe d'âge	Enfant	Adulte ayant la charge de l'enfant	S'il n'y a pas d'adulte ayant la charge de l'enfant ou si ce n'est pas dans le meilleur intérêt de l'enfant	Moyens
0-5 ans		Consentement éclairé	Consentement éclairé d'un autre adulte de confiance ou du responsable du cas	Consentement écrit
6-11 ans	Assentiment éclairé	Consentement éclairé	Consentement éclairé d'un autre adulte de confiance ou du responsable du cas	Assentiment verbal, consentement écrit
12-14	Assentiment éclairé	Consentement éclairé	Autres adultes de confiance ou assentiment éclairé de l'enfant. Prendre en considération le niveau de maturité de l'enfant.	Assentiment verbal, consentement écrit
15-18	Consentement éclairé	Obtenir un consentement éclairé avec l'autorisation de l'enfant	Le consentement éclairé de l'enfant et son niveau de maturité doivent être pris en compte.	Consentement écrit

²² (IRC/UNICEF 2012)

Polycopié III.1c. Modèle de formulaire de consentement

Nom de la Structure _____

Avis au professionnel de la santé : Lisez la totalité du formulaire à l'enfant exploité ou ayant subi des violences sexuelles et/ou à l'adulte l'accompagnant, en expliquant qu'il peut choisir parmi les procédures indiquées (ou aucune). Obtenez une signature (ou l'empreinte du pouce avec la signature d'un témoin).

Je, _____ (écrire le nom du patient ou de l'adulte en ayant la charge), autorise l'établissement de santé susmentionné à exécuter les procédures cochées ci-dessous sur ma personne ou sur mon enfant+ (_____ [insérez le nom de l'enfant]).

Procédure	Oui	Non
Effectuer un examen médical complet, pouvant comprendre un examen des organes génitaux.		
Prélever des échantillons susceptibles de servir de preuve au tribunal (p. ex. vêtements, cheveux, tampons sous les ongles, échantillon de sang et photographies).		
Communiquer des preuves et des informations médicales à la police et aux tribunaux concernant mon cas ou celui de mon enfant, en sachant que ces informations seront limitées à celles du présent examen et des soins de suivi fournis ensuite.		

Signature _____

Date _____

Témoin _____

Session III.3. Intégrer la VFEA dans les services de santé

Introduction

Cette session servira uniquement d'introduction. Chaque service sera développé pendant les sessions ultérieures.

Objectifs d'apprentissage

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

1. D'énumérer les 5 services clés de réponse aux VFEA dans les services de santé.

Durée de la session 30 min

Support : Feuilles de flip chart, Chevalet, Marqueurs, Ordinateur et projecteur (pour la Présentation PowerPoint).

Préparation

1. Examinez le module de formation pour être sûr que vous en comprenez le contenu, la méthodologie et le temps imparti à chacune des étapes.
2. Préparer les présentations PowerPoint.

Procédure

Étape 1 : Introduction / 5 minutes

Expliquez que vous allez présenter cinq services clés de réponse aux VFEA

Informez les participants qu'il s'agit seulement d'une introduction ; chaque service sera étudié en détail dans les prochaines sessions de formation.

Étape 2 : Présentation PowerPoint / 20 minutes

Cinq services clés de réponse à la VFEA

1. Identifier un survivant de VFEA.
2. Soutenir un enfant survivant de VFEA et son accompagnant ou tuteur.
3. Fournir un traitement à un survivant de VFEA.
4. Documenter la violence subie par l'enfant ou l'adolescent.
5. Orienter un survivant de VFEA vers d'autres ressources

1. Identifier un survivant de VFEA

Lors de l'évaluation d'un problème de santé résultant potentiellement d'une violence, interrogez votre l'enfant ou l'adolescent sur son exposition à la VFEA par une autre personne.

2. Soutenir un survivant de VFEA

- Écouter son histoire.
- Valider ses sentiments, ses inquiétudes et son expérience.
- Interrogez-le sur ses besoins. Répondez-y du mieux possible.
- Aidez-le à développer son sentiment de sécurité.
- Aidez-le à prendre les décisions éclairées concernant ses soins.

3. Fournir un traitement à un survivant de VFEA

Fournir les services de santé qui conviennent, notamment :

- Traitement urgent des blessures,
- Test de grossesse chez le Survivant pubère
- Contraception d'urgence
- Test de dépistage du VIH et counseling
- Traitement prophylactique des IST/du VIH*
- Vaccin contre le tétanos et l'hépatite B

**si un viol est survenu au cours des 2 derniers jours.*

4. Documenter la VFEA

- Noter les détails sur son exposition à la VFEA
- Effectuer un examen complet pour identifier ses blessures
- Noter la description et localisation de ses blessures

5. Orienter un survivant de VFEA vers d'autres Ressources

- L'informer des services supplémentaires à sa disposition
- L'orienter vers un organisme/une institution qui peut l'aider à répondre à ses autres besoins (médicaux, psychosociaux et/ou légaux)

Étape 3 : Clôture et Transition / 5 minutes

1. Demandez aux participants s'ils ont des questions spécifiques concernant les services. Notez leurs questions sur une feuille de flip chart. Informez les participants que vous allez aborder leurs questions pendant les modules dans lesquels le service sera développé.
2. Remerciez les participants de leur attention pendant la présentation.

Session III.4. Identifier un survivant de VFEA.²³

Introduction pour le formateur

Les enfants qui risquent de subir des violences ou qui ont été survivants de violences demandent rarement directement de l'aide. Parfois, un enfant est amené dans un établissement de santé à la suite de la violence. Le plus souvent, l'enfant se présentera pour un autre problème de santé lié ou non à la violence comme des maux de tête ou des douleurs à l'estomac.

Les enfants peuvent avoir peur de ce qui pourrait arriver s'ils divulguent des abus, surtout si l'agresseur est un parent, un soignant ou un autre membre de la famille. La plupart des enfants se sentiront gênés ou honteux d'en parler à qui que ce soit. Également, ils ne seront pas souvent informés de la disponibilité et de l'importance des services de santé. Il est donc important que les agents de santé qui dispensent régulièrement des soins cliniques aux enfants aient les compétences appropriées pour observer et les connaissances nécessaires pour poser les questions appropriées lorsqu'ils soupçonnent la possibilité des VFEA.

Objectifs d'apprentissage

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

1. Énumérer la liste de signes et symptômes émotionnels et comportementaux pouvant se présenter chez un survivant de VFEA,
2. Poser des questions à poser au cours de l'identification en fonction de l'âge

Durée : 50 minutes

Supports :

- Feuilles de flip chart, trépied, marqueurs de plusieurs couleurs,
- Manuel du prestataire pour s'y référer en rapport avec le tableau des principaux signes et symptômes observés à chaque tranche d'âge et le guide de soins.
- Support vidéo projecteur.

Préparation

1. Examinez le module de formation pour être sûr que vous en comprenez le contenu, la méthodologie et le temps imparti à chacune des étapes.
2. Apprêtez dans le manuel la page des *principaux signes et symptômes d'abus sexuels en fonction de l'âge* et du *guide de soins pour rassurer un survivant des VFEA*
3. Vérifiez le film audiovisuel sur l'identification des VFEA : C5.²⁴

²³ Integrating violence against children prevention and response into HIV services, facilitator and participant manual, ; 2019, <https://www.crs.org/sites/default/files/tools-research/final-facilitators-manual-2019.pdf>

²⁴ Soins cliniques pour les survivants d'agressions sexuelles Guide du facilitateur Présenté par l'International

Procédure

Étape 1 : Brainstorming / 10 minutes

1. Demandez aux participants de citer les principaux symptômes et signes qu'un enfant ou adolescent survivant de VFEA peut présenter en post viol
2. Ecrivez les réponses sur le flip chart

Étape 2: Lecture et exploitation des principaux les signes et symptômes/ 20 minutes

1. Distribuez le manuel du prestataire pour se référer pendant la lecture des principaux signes et symptômes observés dans chaque tranche d'âge
2. Demandez à un ou deux participants à haute voix le tableau suivant :

Principaux symptômes et signes d'abus sexuels en fonction de l'âge	
Enfants (De 0 à 5 ans)	» Pleurs, gémissements ou cris plus fréquents que d'ordinaire » Attachement ou dépendance affective inhabituel(le) à l'égard des personnes qui s'occupent d'eux. » Refus de quitter les lieux « sûrs ». » Troubles du sommeil, ou temps de sommeil excessif. » Perte du langage, du contrôle de la vessie et autres signes de régression. » Intérêt pour les actes sexuels ou connaissances sur le sujet inappropriés par rapport à l'âge.
Enfants plus âgés (de 6 à 10 ans)	» Réactions similaires à celles des enfants âgés de 0 à 5 ans, auxquelles viennent s'ajouter les signes et symptômes suivants : Peur de personnes, de lieux ou d'activités spécifiques, ou peur d'être agressés. Comportement infantile (incontinence, demandé aux parents de les habiller). » Refus soudain d'aller à l'école. » Attouchements fréquents de leurs parties intimes. » Isolement de la famille et des amis, ou isolement en général. » Refus de s'alimenter, ou vouloir constamment manger.
Adolescents (De 10 à 18 ans)	» Dépression (tristesse chronique), pleurs ou indifférence affective. » Cauchemars (mauvais rêves) ou troubles du sommeil. » Problèmes à l'école, ou évitement scolaire. » Manifestation de colère ou difficultés relationnelles avec les pairs, » Conflits, désobéissance ou défi de l'autorité. » Comportement d'évitement, caractérisé notamment

	par unisolement de la famille et des amis. » Comportement autodestructeur (toxicomanie, alcoolisme, automutilations). » Changement des performances scolaires » Troubles alimentaires, par exemple manger constamment où Refuser de s'alimenter. » Pensées ou tendances suicidaires. » Évocation des violences sexuelles, flashbacks.
--	--

Étape 4: Exemples de questions à poser/15mn

De 0-5 ans

1. Votre enfant, a-t-il eu des difficultés de sommeil/ des cauchemars ?
2. Avez-vous remarqué un comportement inhabituel ? comme (par exemple réticence à sortir, jouer ou visiter leurs amis, calme, rétrogressif, par exemple mouillage au lit, peur du contact physique, peur d'un adulte, agressif, pleurant excessivement)
3. J'ai remarqué que votre enfant a / est ... (p.ex. sur le corps/ la tête/ la bouche, des écoulements, des brûlures, des blessures à la tête, des marques de morsures, des ulcérations, des saignements, des difficultés à marcher/ s'asseoir, des cicatrices) ? Qu'est-il arrivé à votre enfant ?

De 6-18 ans

1. J'ai remarqué que vous avez (indicateur physique) ... pourriez-vous me dire ce qui s'est passé ?
2. Y a-t-il quelque chose qui vous mets mal à l'aise ou vous fait peur ? Pouvez-vous m'en dire plus ?
3. Quelqu'un vous a-t-il contraint à faire quelque chose dont vous n'êtes pas à l'aise ? Pouvez-vous m'en dire plus ?

Étape 5: Clôture et transition /5minutes

1. Demandez aux participants s'ils ont des questions à poser
2. Remerciez les participants d'avoir participé activement

Session III.5. Counseling à un survivant de VFEA

Introduction pour formateur

Cette session aidera les participants à mieux comprendre les éléments de base d'un counseling.

Objectifs d'Apprentissage

À la fin de cette session, les participants seront capables de :
Définir les objectifs et les étapes du counseling

Durée : 45 minutes

Supports :

1. Feuilles mobiles (flip chart), trépied, marqueurs, papier A4
2. PowerPoint sur la description des termes de counseling, donner conseil, conseiller et client.

Préparation

1. Examinez le module de formation pour être sûr que vous en comprenez le contenu, la méthodologie et le temps imparti à chacune des étapes
2. Apprêtez la présentation PowerPoint la *description des termes de counseling, donner conseils, conseiller et client* pour chaque participant

Procédure

Étape 1 : Brainstorming /10 minutes

1. Demandez aux participants de définir le terme de Counseling, de différencier le counseling, le conseil ainsi que le conseiller et le client.
2. Facilitez les discussions en grand groupe sur la définition des termes précédents.

Étape 2 : Présentation PowerPoint/10 minutes

1. **Le counseling** est une technique de conseil favorisant l'échange et la communication entre un conseiller et son client. Cette démarche a pour objectif d'aider le patient à trouver *lui-même des solutions à ses problèmes*. C'est un soutien professionnel basé sur une **relation d'aide non directive** qui respecte certains critères.
2. **Donner un conseil** envisage une solution ou un avis donné à une personne sans que cette dernière soit activement impliquée dans la recherche de cette solution. Au contraire, la technique de counseling a pour objectif d'impliquer activement la personne conseillée dans la résolution des difficultés auxquelles elle est confrontée.

Dans ce module, les termes « **conseil** » ou « **counseling** » sont utilisés indifféremment pour désigner le counseling.

3. **Le conseiller** est tout prestataire formé aux techniques de counseling. Le prestataire a *une connaissance de base des techniques de counseling* qui l'aident dans le contexte de la consultation médicale mais il ne peut pas remplacer un conseiller professionnel pour un accompagnement psycho-social. Le conseiller professionnel conduit des entretiens réguliers pour la prise en charge de personnes survivantes de VSBG. Il facilite la communication et a pour rôle de soutenir individuellement la personne dans la recherche de solutions adéquates à ses problèmes.
4. **Le client** est la personne qui demande un entretien auprès d'un conseiller. Dans le milieu médical, on parle d'un patient.
5. Donnez le temps de poser des questions sur des points qui leur semblent obscurs.

Etape 3 : Les objectifs des activités de conseils pour un survivant /10 minutes

1. Demandez aux participants de réfléchir sur les objectifs des activités de conseil pour un survivant
2. Facilitez une discussion en grand groupe en vous servant des objectifs suivants :
Les activités de conseil ont pour objectif d'aider le survivant :
 - A comprendre ce qui lui est arrivé ;
 - A surmonter son sentiment de culpabilité ;
 - A exprimer sa colère ;
 - A prendre conscience qu'elle n'est pas responsable de l'agression ;
 - A savoir qu'elle n'est pas seule dans son cas et qu'elle ne doit pas rester seule avec son problème ;
 - A bénéficier des réseaux et des services de soutien ;
 - A apporter un **soutien moral** au survivant ;
 - A l'encourager ;
 - A analyser, avec le conseiller les besoins et les solutions possibles aux problèmes engendrés par l'agression ;
 - A trouver ses propres solutions ;
 - A envisager avec le conseiller des objectifs à atteindre, le prestataire aidant son patient à établir un plan d'action ;

- A s'accorder avec le conseiller afin de mettre à terme aux entretiens

Etape 4 : Etapes de counseling /10 minutes

1. Demandez aux participants de réfléchir sur les objectifs les étapes de conseil pour un survivant
2. Rapportez les réponses sur une feuille de flip chart.
3. Complétez les réponses avec la présentation en PowerPoint suivante :

Etape 1 : Accueil et engagement au cours de l'entretien

- Accueil de l'enfant survivant de VFEA et / ou de son accompagnant
- Etablir une relation de confiance
- Encourager l'expression des sentiments du survivant
- Apporter un réconfort et un soutien émotionnel
- Encourager l'autonomie du (de la) survivant(e)

Etape 2 : Evaluation des problèmes

Il faut poser des questions claires et efficaces :

- qu'est-ce qui s'est passé ?
- quels sont vos sentiments ?
- qu'est-ce qui est le plus dur pour vous maintenant?
- qu'est-ce que vous pensez faire maintenant?
- qu'est-ce nous pouvons faire pour vous aider?

Etape 3 : Etablir un plan d'action visant à résoudre les problèmes identifiés,

Etape 4 : Mise en œuvre de plan d'action

Etape 5 : Assurer le suivi du survivant,

Etape 6 : Mettre un terme à l'assistance/ clôture du cas.

Etape 5 : Clôture et transition /5 minutes

1. Remerciez les participants de leur attention pendant l'exercice.
2. Accordez-leur un temps de poser des questions.
3. Informez-les que l'activité suivante leur donnera l'opportunité de pratiquer ces compétences de soutien.

Session III.6. Techniques de prise en charge psychosociale : Aperçu et démonstration

Introduction pour le formateur

Dans cette session, le facilitateur va introduire les 3 compétences nécessaires pour apporter un soutien après la révélation d'un cas de VFEA qui sont:

- « Écoute active »
- « Validation des sentiment ».
- « Identification des besoins et préoccupations »

Objectifs :

A la fin de la session, les participant sont capable de :

1. Décrire les trois compétences à mettre en œuvre pour offrir un soutien au survivant de VFEA ;
2. Transmettre au moins 5 messages de soutien à un survivant de VFEA.

Durée : 1 heure 55 minutes

Supports matériel : Feuilles de flip chart, marqueurs, scotch,

Préparation

1. Examiner le contenu de la session pour être sûr que vous comprenez le contenu, la méthodologie et le temps imparti à chacune des étapes
2. Manuel du prestataire pour s'y référer en rapport avec les fiches suivantes :

IV.1a : Ecoute active au cours du soutien à l'enfant et adolescent ;

IV. 1b : Validation des sentiments au cours du soutien ;

IV. 1c : Identification des besoins et préoccupations.

3. Créez et affichez au mur trois feuilles de flip chart et copiez les informations suivantes :

Compétence : Écoute active <i>Définition</i> : Accorder une attention particulière à ce qui est dit, avec compassion et sans jugement. <i>But</i> : Permettre à une personne de partager ce qu'elle veut partager avec une autre personne qui voit un intérêt à les aider.	Compétence : Validation <i>Définition</i> : Reconnaître ce qui a été partagé, et les sentiments ainsi que les émotions liées à ce qui a été partagé. <i>But</i> : Montrer qu'on a compris ce que la personne a partagé, qu'on croit ce qu'elle a partagé, et pour rassurer la personne par rapport à ce qu'elle a partagé.	Compétence : Identifier les Besoins et Préoccupations <i>Définition</i> : Anticiper, évaluer et réagir aux besoins émotionnels, physiques et pratiques d'une personne. <i>But</i> : Permettre à une personne d'avoir de l'autonomie, et pour pouvoir respecter son autonomie.
---	---	--

Procédure

Etape 1 : Introduction aux compétences de soutien/5mn

1. Introduisez les compétences nécessaires pour apporter un soutien après la révélation d'un cas de VFEA. Référez-vous aux affiches : « Écoute active ; «Validation des sentiments » et «identification des besoins et préoccupations» Lisez les affiches à haute voix aux participants.

Compétence : Écoute active <i>Définition</i> : Accorder une attention particulière à ce qui est dit, avec compassion et sans jugement. <i>But</i> : Permettre à une personne de partager ce qu'elle veut partager avec une autre personne qui voit un intérêt à les aider.	Compétence : Validation des sentiments <i>Définition</i> : Reconnaître ce qui a été partagé, et les sentiments ainsi que les émotions liées à ce qui a été partagé. <i>But</i> : Montrer qu'on a compris ce que la personne a partagé, qu'on croit ce qu'elle a partagé, et pour rassurer la personne par rapport à ce qu'elle a partagé.	Compétence : Identification des Besoins et préoccupations <i>Définition</i> : Anticiper, évaluer et réagir aux besoins émotionnels, physiques et pratiques d'une personne. <i>But</i> : Permettre à une personne d'avoir de l'autonomie, et pour pouvoir respecter son autonomie.
---	--	--

2. Demandez aux participants si et comment ils ont déjà utilisé ces compétences dans leurs interactions avec leurs clientes.
3. Posez des questions sur la compétence qui semble être la compétence la plus facile et celle qui semble être la plus difficile. Pourquoi est-ce le cas ?
4. Informez les participants que vous allez maintenant analyser les compétences une par une. Vous leur donnerez des exemples sur la manière dont ils réagiront à la révélation de cas de VFEA.

Etape 2 : Ecoute active /30 minutes

1. Orientez les participants à la page sur *l'Ecoute active au cours du soutien à l'enfant et Adolescent*.
2. Lecture et exploitation

CHOSSES À FAIRE ET CHOSSES À NE PAS FAIRE DANS L'ÉCOUTE ACTIVE		
À FAIRE	À NE PAS FAIRE	EXEMPLES DE LA COMPÉTENCE MISE EN PRATIQUE
Comment agir lorsque vous apportez du soutien.		
Soyez patient.	Restez calme. Ne faites pas pression sur elle pour qu'elle partage des détails de son histoire.	« Prenez votre temps. Ne dites que ce que vous voulez partager. »
Utilisez un langage corporel ouvert.	Ne croisez pas les bras sur votre poitrine, ne lui tournez pas le dos, ne reposez pas votre tête sur vos mains.	Penchez-vous en avant sur votre siège. Faites-en sorte que vos mains soient visibles et vides. Fermez son dossier médical et mettez les papiers de côté.
Montrez que vous vous intéressez à ce qu'elle dit.	Ne regardez pas autour de la pièce, ne donnez pas l'impression d'être pressé, ne répondez pas au téléphone, etc	Hochez la tête pendant qu'elle parle. Maintenez le contact visuel si cela semble convenable. Utilisez des repères verbaux tels que, « hmm... », « ahh... ».
Comment transmettre votre attitude.		
Reconnaissez la difficulté de sa situation.	N'exprimez pas de déception, de désaccord ou de dégoût vis-à-vis d'elle ou de ses actions. Évitez d'exprimer l'horreur ou le choc.	« Je peux imaginer que cela a dû être difficile. » « Il faut une grande force pour partager ce qui vous arrive. »

Permettez-lui de prendre son temps et de raconter son histoire à sa propre allure.	Ne la bousculez pas.	« J'ai envie d'entendre ce que vous avez à dire. Vos opinions sont importantes pour moi. » Soyez honnête si vous êtes pressé par le temps. Informez-la des délais en disant « Je suis intéressé par ce que vous avez à dire. Je veux que vous sachiez que je dois m'occuper d'autre chose dans environ 15 minutes. Si nous ne traitons pas tout ce dont vous voulez parler, j'aimerais vraiment vous revoir pour un suivi. »
Comment transmettre le respect et la confiance.		
Encouragez-la à exprimer ses besoins.	N'émettez pas d'hypothèses sur ce dont elle a besoin.	« Comment pouvons-nous vous aider, selon vous ? » « Je voudrais discuter des manières dont nous pourrions vous aider. Aimerez-vous connaître vos options ? »
Donnez-lui le temps de penser. Autorisez le silence.	Ne l'interrompez pas et n'essayez pas de finir ses réflexions.	« Prenez votre temps. » « Je peux attendre que vous exprimiez votre pensée. »
Concentrez-vous sur son expérience et ses besoins.	Ne mettez pas l'accent sur l'histoire d'une autre personne. Ne lui dites pas ce que vous feriez.	« J'ai travaillé avec beaucoup de clientes qui ont vécu des choses similaires mais je comprends que chaque expérience est différente. Je veux vous aider par rapport à votre expérience. »
Respectez ses souhaits.	Ne la poussez pas à faire quelque chose qu'elle ne souhaite pas faire	« Je fais confiance à votre opinion et à votre jugement. » « Je crois que vous savez ce qui est la meilleure décision pour vous. »

3. Informez les participants qu'il y a des choses « à faire et à ne pas faire » à maîtriser au cours de l'écoute active.

4. Demandez à 2-3 participants de se porter volontaire pour lire la fiche à haute voix.

5. Ensuite, demandez à un participant de vous raconter une chose intéressante qui est arrivée à leur clinique/dans leur établissement pendant la dernière année. Pendant que le participant vous parle, vous commencez à regarder ailleurs, à regarder votre téléphone, à faire une grimace pour montrer votre désaccord par rapport à ce qu'il/elle dit etc.

Après quelques minutes, arrêtez le participant et demandez au groupe : « est-ce que j'ai appliqué les compétences d'écoute active ? » « Que ressent-on quand quelqu'un n'écoute pas ou quand il vous juge pendant que vous parlez ? »

6. Dites au groupe que nous allons maintenant pratiquer l'écoute en utilisant les compétences d'écoute active. Demandez aux participants de se tourner vers leurs voisins. Demandez-leur de parler de leur trajet vers l'atelier ce matin. Demandez à la personne qui écoute de faire la démonstration des compétences d'écoute active. Donnez-leur deux minutes ensuite demandez-leur d'inverser les rôles (5 minutes au total)

7. Facilitez une discussion de groupe en utilisant les questions suivantes :

- Qu'avez-vous ressenti en faisant cette activité courte ? Votre partenaire a-t-il bien pratiqué l'écoute active?
- Pensez-vous que cette compétence peut être appliquée facilement ? Pourquoi ou pourquoi pas?
- Pourquoi cette compétence est-elle importante à mettre en œuvre avec les clientes qui ont subi de la VFEA?
- Quel(s) message(s) clefs retenez-vous de cette discussion?

Etape 3 : Validation des sentiments /30 minutes

1. Orientez les participants à la page sur la *validation des sentiments au cours du soutien*

2. Lecture et exploitation

Valider les sentiments	
Sentiment/ Émotion exprimé par une cliente	EXEMPLE DE LA COMPÉTENCE MISE EN PRATIQUE
Tristesse	« Je suis désolé que cette personne vous cause de la tristesse. Vous méritez mieux que ça. »
Désespoir	« Je vois que vous êtes une personne forte. Je vois que vous avez survécu à beaucoup de choses. Vous continuez à m'impressionner par la manière dont vous avez géré votre situation. » (Si possible, donnez un véritable exemple de sa force.)
Impuissance / Perte de contrôle	« Vous avez des options pendant que vous êtes ici. Vous contrôlez la visite d'aujourd'hui. Je fais confiance à vos décisions et je respecterai vos souhaits. »
Auto-critique	« Vous n'avez rien fait pour mériter ce qui vous est arrivé. Vous ne pouvez pas contrôler la manière dont les autres vous traitent ou la manière dont ils se comportent vis-à-vis de vous. »

Culpabilité	« Je veux que vous essayiez de vous pardonner vous-même sur la manière dont vous croyez que vous avez contribué à son comportement et ses actions. Vous n'avez rien fait pour mériter ce type de traitement. Personne ne mérite d'être traité de cette manière. »
Honte	Je veux que vous sachiez que vous n'avez pas perdu votre dignité à cause de ce qui vous est arrivé. J'ai de l'estime pour vous en tant que cliente, en tant que femme, en tant qu'être humain. »
Déni	« Je suis préoccupé par rapport à ce que vous avez partagé avec moi. Je veux que vous sachiez que je suis là si vous décidez que vous avez besoin d'aide à l'avenir. »
Anxiété	« L'anxiété est une réaction courante par rapport à ce que vous vivez. Je me demande si nous devrions explorer des moyens de vous aider à être moins anxieuse. »
Peur	« La peur est une réaction courante face à ce que vous vivez. Je me demande si vous voudriez parler des façons de développer votre sens de la sécurité. »
Détresse	« Je suis là pour vous soutenir. Vous avez des options pendant que vous êtes ici. »
Colère	« La colère est une réaction courante. Il est normal d'être en colère par rapport à ce qui vous est arrivé. Vous ne méritiez pas cela. »
Confusion	« Personne ne mérite d'être blessée que ce soit par une personne que l'on aime ou par un étranger. Cette personne a choisi de vous faire du mal. Elle vous a privé de votre droit de vivre libre de toute violence. »

3. Demandez à 2-3 participants de se porter volontaire pour lire la polycopie à haute voix.

4. Facilitez une discussion de groupe en utilisant les questions suivantes :

- Avez-vous le sentiment que certaines émotions ou sentiments ne sont pas abordés convenablement ? Pensez-vous qu'une émotion ou un sentiment que vous aimerez aborder ne figure pas sur la liste ?
- Comment une cliente qui subit de la VSBG bénéficie-t-elle du fait de parler de ses sentiments et émotions ?
- Que ressentiriez-vous si une cliente n'avait pas de réaction émotionnelle par rapport à la violence qu'elle subit ?
- Quel(s) message(s) clefs reprenez-vous de cette discussion ?

Etape 4 : Identification des besoins et préoccupations /30 minutes

1. Demandez aux participants de partager différents types de besoins et préoccupations dont les enfants et les adolescents peuvent avoir besoin

2. Rapportez les réponses sur une feuille de flip chart

3. Clarifiez les réponses avec une présentation suivante :

- **Besoins physiologiques** : Il s'agit de besoins de base qui comprennent la nourriture, la nutrition, le logement, les services de santé et les soins (en particulier pour un enfant survivant), auxquels un survivant peut ne pas être en mesure d'accéder facilement par lui-même. Ce sont les besoins primaires ou matériels que tout être humain devrait recevoir.
- **Besoins de sûreté et de sécurité** : Il s'agit de la deuxième catégorie de besoins dont tout survivant doit être assuré, en particulier les enfants survivants. De nombreux enfants ont des problèmes qui découlent de leurs expériences passées d'insécurité. Ces enfants ont besoin de protection et de soins de la part de leurs parents/tuteurs.
- **Besoin d'un sentiment d'appartenance** : Les enfants qui sont séparés de leurs parents biologiques peuvent éprouver de la douleur. Cette privation les oblige à rechercher un sentiment d'appartenance.
- **Besoins d'accomplissement** : Un enfant a besoin d'avoir des opportunités où il/elle peut voir l'accomplissement de ses propres actions. Ce besoin psychologique crucial ne peut être comblé que par le parent ou un tuteur qui joue le rôle de parent. La privation d'opportunités limite le développement du potentiel de l'enfant ou peut retarder son plein développement. Ce besoin est donc très important pour le développement intellectuel de l'enfant.
- **Estime de soi** : Ce sont les ressources qui permettent à un individu de développer des sentiments sur lui-même. Les personnes qui ont une bonne estime de soi ont confiance en leurs capacités et s'attendent à ce qu'elles réussissent. Les enfants développent leur propre façon de penser, de prendre des décisions et de se comporter. Ainsi, s'ils ne sont pas correctement guidés, ils deviennent une source de problèmes plutôt que de joie dans leurs familles.
- **Réalisation de soi** : psychologiquement, les humains sont poussés par une envie ou un désir de bien performer. Grâce à cela, un individu affirme ce qu'il a accompli et qu'il s'attend à réussir. Cependant, cela est largement influencé par l'environnement domestique ou communautaire existant. À cet égard, les familles jouent un rôle crucial en veillant à ce que l'enfant grandisse positivement.

1. Orientez les participants à la page sur l'identification des besoins et préoccupations
2. Lecture et exploitation

Fiche IV. 1c : Aider un survivant à identifier ses besoins et ses préoccupations.

Aider un survivant à identifier ses besoins et ses préoccupations.	
Technique	Exemple de la compétence mise en pratiques
Posez des questions ouvertes, par opposition aux questions qui nécessitent une réponse par « oui » ou « non ».	« Pouvez-vous me donner un exemple de... » « Pourriez-vous partager avec moi ce que vous avez fait pour... » « Qu'avez-vous ressenti quand... »
Paraphraser ce que vous entendez - répétez ou reformulez ses opinions - pour vous assurer de comprendre ce qu'elle dit.	« Je crois que je vous entends dire... » « Vous avez dit que vous vous sentez... » « Je vous ai entendu dire... »
Faites de la conversation une occasion pour la cliente de pouvoir parler	« De quoi voudriez-vous me parler? » « Y a-t-il quelque chose que vous voudriez vraiment que je sache? » « Vos opinions sont importantes pour moi. Que voudriez-vous partagé avec moi? »
Demandez des clarifications.	« Je ne suis pas sûr de complètement comprendre cette partie. Accepteriez-vous de m'en dire un peu plus? » « Je veux être sûr de comprendre ce que vous me dites. Puis-je vous poser quelques questions? »
Résumez ce qu'elle a dit.	« Voilà ce que je vous entends dire... » « Je vous ai entendu formuler les choses suivantes... »
Donnez-lui des options. Aidez-la à prendre une décision informée.	« En fonction de ce que vous avez partagé avec moi, voilà ce que l'on peut faire pour vous aider aujourd'hui... » « Si vous le souhaitez, nous pouvons discuter de ce qui est disponible pour vous, et vous pouvez décider si vous voulez y participer. »

3. Demandez à 2-3 participants de se porter volontaire pour lire la fiche à haute voix.

4. Facilitez une discussion de groupe en utilisant les questions suivantes :

- Comment pouvez-vous évoquer les options possibles sans que la cliente n'ait la sensation que vous lui disiez ce qu'elle doit faire?
- Comment réagiriez-vous si une cliente n'exprimait pas de besoins ou de préoccupations?
- Quel(s) message(s) clefs retenez-vous de cette discussion?

Etape 4 : Comment rassurer un survivant/15 minutes

Le tableau suivant donne un exemple des symptômes et de signes du traumatisme et la manière dont on peut rassurer un survivant VFEA.

Age	Symptômes/Signes de traumatisme	Comment 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.
Adolescent (13-18 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-backs • L'encourager à faire des dessins des sentiments et des craintes • Lui enseigner des stratégies sur la manière de se détendre

Etape 4 : Clôture et transition/5minutes

1. Remerciez les participants de leur attention pendant l'exercice.
2. Informez-les que l'activité suivante leur donnera l'opportunité de pratiquer ces compétences de soutien avec un partenaire.

Message clé

Les soins et le soutien psychosociaux aux VFEA sont essentiels pour fournir une assistance psychologique continue.

L'exploration des VFEA n'est pas facile ; il faut prendre du temps et s'il y a difficulté, n'hésitez pas à faire recours ou à demander de l'aide sous le consentement du survivant.

Session III.7. Techniques de prise en charge psychosociale : Pratique du participant

Introduction

Cette session permet aux participants de pratiquer le soutien psychosocial.

Objectifs d'apprentissage

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

D'utiliser les compétences de counseling de base pour soutenir un survivant de VFEA

Durée : 1 heure 45 minutes

Supports : Feuilles de flip chart, trépied, marqueurs, scotch

- *Fiche IV.3a: Profil de cliente n°1 - Soutenir un survivant: Compétences de counseling*
- *Fiche IV.3a b: Profil de cliente n°2 - Soutenir un survivant: Compétences de counseling*
- Feuilles de flip chart sur les compétences de counseling (voir ci-dessous)

Compétence : Écoute active <i>Définition :</i> Accorder une attention particulière à ce qui est dit, avec compassion et sans jugement. <i>But :</i> Permettre à une personne de partager ce qu'elle veut partager avec une autre personne qui voit un intérêt à les aider.	Compétence : Validation <i>Définition :</i> Reconnaître ce qui a été partagé, et les sentiments ainsi que les émotions liées à ce qui a été partagé. <i>But :</i> Montrer qu'on a compris ce que la personne a partagé, qu'on croit ce qu'elle a partagé, et pour rassurer la personne par rapport à ce qu'elle a partagé.	Compétence : Identifier les besoins et préoccupations <i>Définition :</i> Anticiper, évaluer et réagir aux besoins émotionnels, physiques et pratiques d'une personne. <i>But :</i> Permettre à une personne d'avoir de l'autonomie, et pour pouvoir respecter son autonomie.
---	---	--

Préparation

1. Examinez le module de formation pour être sûr que vous en comprenez le contenu, la méthodologie et le temps imparti à chacune des étapes.
2. Affichez les feuilles de flip chart sur les compétences de counseling préparées lors de la session précédente
3. Imprimez une copie de la *Fiche IV.3a: Profil de cliente n°1 - Soutenir un survivant: Compétences de counseling* pour chaque participant
4. Imprimez une copie de la *fiche IV.3 b: Profil de cliente n°2 - Soutenir un survivant:*

Compétences de counseling pour chaque participant

5. Imprimez la fiche IV.3C : Profil de cliente n°3 – Soutenir un survivant : Compétences de Counseling

Procédure

Étape 1: Introduction / 5 minutes

1. Référez-vous aux feuilles de flip chart sur les compétences de counseling de la session IV.2
2. Passez en revue la définition et le but de chaque compétence de counseling.
3. Expliquez aux participants que cette session leur permettra de pratiquer l'utilisation de ces compétences de counseling de base.

Étape 2: Instructions pour le jeu de rôle / 10 minutes

1. Divisez les participants en groupe de trois, avec autant d'espace que possible entre les groupes.
2. Dites aux groupes qu'il y aura trois tours de jeux de rôle. Chaque participant jouera le rôle de l'observateur, de la cliente et du prestataire au moins une fois. Permettez aux participants de déterminer l'ordre dans lequel ils joueront leurs différents rôles.
3. Ensuite, distribuez aux personnes jouant le rôle de cliente et d'observateur *fiche IV.3a : Profil de cliente n°1 - Soutenir un survivant: Compétences de counseling.*

Fiche IV.3a : Cliente n°1 - Soutenir un survivant : compétences de counseling

Partie I: Scénario

Nom: Tate

Âge: 19 ans

Révélation d'un cas de VFEA: violence émotionnelle et physique au cours de la dernière semaine

Je suis avec mon partenaire depuis 2 ans. Nous avons 1 enfant. Je suis tombée enceinte de mon premier enfant peu de temps après notre rencontre. Mon mari refuse de croire que cet enfant est le sien. Il m'accuse d'avoir été infidèle mais je ne lui ai jamais été infidèle. Parfois, quand il rentre du travail, il insiste sur le fait que j'ai été avec un autre homme pendant qu'il n'était pas à la maison. Il me crie dessus et me traite de trainée. Je suis toujours dans peur. La semaine dernière il m'a autorisée à aller au marché sans lui, mais j'ai pris trop de temps pour rentrer à la maison. Lorsque je suis finalement arrivée à la maison, il m'a poussée contre le mur et il a exigé de savoir avec qui j'étais.

Partie II: Déclarations de cliente et réponse du prestataire

Déclaration de la cliente	Réponse du prestataire: Compétences de counseling
1. Comment est-ce que je peux le convaincre que je n'ai pas de liaison avec un autre homme?	
2. Pourquoi fait-il ça ?	
3. J'ai l'impression que je ne peux rien faire de bien.	
4. Mon n'a jamais touché son enfant. Je me sens si coupable de ça.	
5. J'ai l'impression de devenir folle.	
6. Qu'est-ce que je dois faire, d'après vous ?	
7. Mon mari est tout ce que j'ai. Je ne veux pas le perdre.	

4. Expliquez que les photocopiés sur les jeux de rôle sont divisés en deux parties. La partie I est un scénario. La partie II inclut des déclarations de cliente.
5. Donnez des instructions pour chacun des rôles :
 - a. **La cliente:** Commencez par lire le scénario (partie I) à haute voix au prestataire. Ensuite, lisez chaque déclaration de cliente (partie II) à haute voix au prestataire. Arrêtez-vous après chaque déclaration pour permettre au prestataire de vous répondre, en utilisant ses compétences de counseling.
 - b. **Le prestataire:** Écoutez attentivement la cliente. Utilisez vos compétences de counseling pour répondre à chacune des déclarations de cliente. Veillez à intégrer toutes les compétences au moins une fois. Pendant le jeu de rôle, vous pouvez aussi vous référer aux fiches distribuées pendant la session IV. 1 afin d'avoir quelques exemples de réponse aux déclarations de cliente : *Fiche IV.1a sur Écoute active ; Fiche IV.1b sur validation et la fiche IV.1c sur – Identifier les besoins et préoccupations.*
 - c. **L'observateur:** Écoutez attentivement la cliente et le prestataire. Identifiez la compétence que le prestataire utilise d'après vous, et notez la réponse du prestataire (à chacune des déclarations) sur la fiche.
6. Informez les participants qu'ils auront 10 minutes pour chaque jeu de rôle, et 10 minutes pour débriefer le jeu de rôle au sein de leur petit groupe.

Étape 3: Jeux de Rôles des Participants / 60 minutes

1. Notez l'heure. Rappelez aux participants qu'ils auront 10 minutes pour faire le premier jeu de rôle.
2. À la fin des 10 minutes, arrêtez les groupes et expliquez que les participants débrieferont en petit groupe à l'aide de questions que vous lirez à haute voix. Lisez la question suivante à haute voix et accordez aux petits groupes 3 minutes de discussion :
 - Qu'est-ce qui était difficile dans ce processus ? Qu'est-ce qui vous a semblé naturel ou facile ?
3. Après 3 minutes, arrêtez les groupes et lisez la question suivante à haute voix. Accordez aux petits groupes 3 minutes de discussion :
 - Qu'a ressenti la cliente par rapport aux réponses du prestataire ? Quel était le langage corporel de la cliente et du prestataire pendant le processus ?
4. Après 3 minutes, arrêtez encore les groupes et lisez la question suivante à haute voix. Accordez aux petits groupes 3 minutes de discussion :
 - Dans quels domaines le prestataire pourrait-il améliorer sa compétence ? Dans quels domaines le prestataire a-t-il excellé ?
5. Après, 3 minutes dites aux participants qu'ils vont à présent passer au deuxième tour des jeux de rôle.
6. Distribuez à la personne jouant le rôle de cliente la *fiche IV.3 b : Profil de cliente n°2 - Soutenir un survivant : Compétences de counseling.*

Fiche III.7.3b : Profil de cliente n°2 – Soutenir un survivant : Compétences de counseling

Partie I: Scénario

Nom: Tansi

Âge: 17 ans

Révélation d'un cas de VFEA: agressée sexuellement par son petit ami

J'ai commencé à sortir avec mon petit ami il y a deux mois. Je l'aime vraiment mais c'est mon premier petit ami. Il est un peu plus âgé que moi, et il a eu d'autres petites amies avant moi. Il me dit que pour lui montrer mon amour pour lui, je dois lui donner ma virginité. Je ne pense pas être prête, mais nous nous sommes embrassés et nous nous sommes touchés. Il m'a dit qu'il voulait me donner du plaisir, et il a mis ses mains entre mes cuisses. Je me suis sentie vraiment bizarre et mal à l'aise. Je ne voulais pas lui dire que ce qu'il me faisait me faisait mal. Quand je n'ai plus supporté, j'ai repoussé sa main. Il a remis sa main entre mes cuisses et il a appuyé fort. J'ai crié « arrête ! »

Partie II: Déclarations de cliente et réponse du prestataire

Déclaration de la cliente	Réponse du prestataire : Compétences de counseling
1. Je suis confuse à cause de ce qui s'est passé.	
2. Pourquoi est-ce qu'il me pousserait à faire quelque chose que je ne veux pas faire ?	
3. J'ai peur qu'il pense que je suis ennuyeuse.	
4. J'ai peur que si je ne le laisse pas faire, il me quittera.	
5. Je l'aime vraiment.	
6. En général, il est gentil, mais j'ai eu peur de lui quand il a refusé de s'arrêter.	
7. Hier soir, il m'a dit qu'il voulait avoir un rapport sexuel. Je ne suis pas encore prête pour avoir un rapport sexuel.	

1. Répétez les mêmes consignes que celles que vous aviez expliquées pour le premier tour des jeux de rôle. Ensuite, répétez les étapes 1 à 4.

2. Une fois que vous aurez terminé avec le deuxième jeu de rôle, proposez que deux prestataires jouent devant le grand group et le reste des participants jouera le rôle d'observateur et répétez les mêmes étapes que celles que vous avez suivies pour les deux premiers jeux de rôle.

Fiche III.7.3c : Profil de cliente n°3 – Soutenir un survivant : Compétences de counseling

- **Partie I: Scénario**
- **Nom:** Arlette
- **Âge:** 5 ans
- **Révélation d'un cas de VFEA:** agressée sexuellement par un inconnu

IRAKOZE Arlette, Une fillette de 5 ans, habitant chez sa tante est arrivée au Centre de Santé accompagnée par son père très en colère. Lors de l'entretien avec ce dernier, le prestataire apprend qu'Arlette était orpheline de mère depuis 4 mois. La fillette au retour d'une boutique où sa tante l'avait envoyée pour acheter du savon a perdu un billet de 500 frs qu'elle devait remettre. La tante d'Arlette l'a battue sérieusement. L'enfant a pris fuite et n'est plus revenue. La famille l'a cherchée partout, chez les voisins, les amis mais en vain. La famille désespérée a informé la police qui a commencé les recherches. Arlette a été retrouvée 9 jours après par un voisin qui l'a vue dans la rue marchant avec difficultés et l'a ramenée chez elle. Elle avait un écoulement vaginal purulent très abondant. Elle pleurait et ne répondait rien chaque fois qu'on lui demandait celui qui lui a fait du mal et celui qui l'a hébergée pendant toute la semaine. Au cours de la consultation le père pleurait aussi et se culpabilisait de n'avoir pas pu protéger sa fillette et se rappelait de la mort de sa femme.

Partie II: Déclarations de cliente et réponse du prestataire

Déclaration de la cliente	Réponse du prestataire: Compétences de counseling
1. Je suis confuse à cause de ce qui s'est arrivé à ma fillette	
2. Qu'est ce qui poussent les gens à agressé sexuellement les enfants de cet âge ?	
3. J'ai du mal à comprendre cela et je me sent coupable	
4. J'ai peur que mon enfant doutera de mon statut protecteur de père	
Déclaration de la cliente	Réponse du prestataire: Compétences de counseling
5. Pourquoi suis frappée à la maison.	
6. Je crains de ne plus trouver la vie	
7. Cet homme ne va-t-il pas encore du mal ?	

1. Répétez les mêmes consignes que celles que vous aviez expliquées pour le premier tour des jeux de rôle. Ensuite, répétez les étapes 1 à 4.
2. Une fois que vous aurez terminé ce jeu de rôle, proposez que deux prestataires jouent devant le grand groupe et le reste des participants jouera le rôle d'observateur.

Étape 4: Débriefing et discussion en grand groupe / 25 minutes

1. Ramenez les petits groupes dans le grand groupe.
2. Facilitez une discussion en grand groupe en posant les questions suivantes :
 - a) Qu'est-ce qui vous a paru particulièrement difficile dans cette activité ? Pourquoi était-ce le cas ?
 - b) Qu'est-ce qui vous a paru particulièrement enrichissant dans cette activité ? Pourquoi était-ce le cas ?
 - c) Comment avez-vous décidé de ce que vous alliez dire ? Quels mots ou expressions avez-vous utilisé consciemment ? Quels mots ou expressions avez-vous choisi de ne pas utiliser ? Pourquoi ?
 - d) Comment la socialisation des femmes pourrait-elle influencer la manière de réagir d'une cliente face à sa situation ? Comment vos attitudes et valeurs personnelles pourraient-elles influencer le processus de consultation ?

Exemples de réponses:

- La cliente peut penser qu'elle mérite le traitement qu'elle subit.
- La cliente peut croire que c'est un comportement normal.
- La cliente peut avoir le sentiment qu'elle est incapable de dire quoi que ce soit, ou faire quelque chose, sur sa situation parce qu'on lui a appris que ses besoins, ses opinions et ses pensées sont moins importants que les besoins, les opinions et les pensées d'un homme.
- Les attitudes ou les valeurs du prestataire peuvent s'aligner sur les éléments décrits ci-dessus, et il se peut qu'il ne soit pas capable ou qu'il ne veuille pas aborder la violence domestique.
- Le prestataire peut ne pas savoir que ce que la cliente subit est la violence domestique mais, plutôt croire que c'est un comportement rationnel de la part du mari.

- e) Comment cette activité pourrait-elle changer la manière dont vous travaillez avec les clientes ?

Exemples de réponses:

- Être plus conscient de la manière dont la socialisation des femmes peut affecter la manière dont ma cliente comprend sa situation.
- Être plus attentif par rapport aux mots et/ou au langage que j'utilise lorsque je parle à ma cliente, pour ne pas renforcer des normes de genre rigides et inévitables.
- Être conscient du pouvoir et du contrôle que j'ai dans la pièce et être sûr de rétablir le pouvoir de ma cliente.

Étape 5: Clôture et transition / 5 minutes

1. Demandez s'il y a des réflexions ou des questions finales.
2. Remerciez les participants d'avoir travaillé dur et félicitez-les pour avoir appris deux compétences essentielles pour la réponse à la VSBG– identifier les Survivants et fournir un soutien de base aux clientes.
3. Informez les participants qu'ils continueront de développer ces deux compétences, tout en renforçant leurs capacités à fournir d'autres services de réponse à la VSBG, tout au long de la formation.

Session III.8. Anamnèse et examen physique

Introduction du formateur

L'examen clinique demeure un moment clé qui 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 la violence tout en déterminant les examens paracliniques à effectuer et en planifiant les soins nécessaires.

Objectif de la session :

À la fin de cette session, les participants seront à mesure de :

1. Conduire l'anamnèse et l'examen clinique aux survivants des VFEA

Durée : 2 heures 50mn

Support :

- Feuilles de flip chart, marqueurs, papier scotch, ordinateur, projecteur

Préparation

1. Examinez le module de formation pour être sûr que vous en comprenez le contenu, la méthodologie et le temps imparti à chacune des étapes.
2. Apprêtez le manuel du prestataire pour s'y référer pour les tableaux suivants :
 - a. Considérations de collecte d'informations de reconstitution des faits
 - b. Considérations de collecte d'informations pour les circonstances spéciales
 - c. Signification des résultats ano-génitaux de l'évaluation de l'agression sexuelle chez l'enfant
 - d. Techniques d'examen chez l'enfant
 - e. Formulaire clinique de VFEA

Procédure

Etape 1 : Brainstorming/10 minutes

1. Rappelez aux participants que tout intervenant dans ce domaine est sensé connaître, maîtriser et appliquer les principes de base de réponse aux VFEA afin de bien prester dans la prise en charge médicale des survivants.

2. Rappel de principes de base pour fournir des soins aux survivants des VFEA

	Principes de base	Composantes du principe
1	Assurer la sécurité physique des enfants et ceux qui les aident	-Assurez-vous d'évaluer la sécurité du survivant (par exemple, l'endroit où le survivant ira après l'évaluation. Le survivant sera-t-elle confrontée à l'agresseur ?) -Évaluer si une référence est nécessaire et prendre des mesures pour assurer la sécurité du survivant
2	Gardez la confidentialité	Les informations ne doivent être partagées qu'avec des professionnels autorisés lors de la prestation de soins avec une compréhension claire et le consentement du survivant. Le non-respect de la confidentialité des informations des survivants est l'une des raisons pour lesquelles les survivants ne choisissent pas de signaler les incidents de VFEA dans l'établissement de santé
3	Garantir la non-discrimination dans l'assistance aux survivants	-Traiter chaque survivant enfant et adolescent avec dignité, indépendamment de son sexe, de son origine, de sa race, de son origine ethnique ou des circonstances des incidents. -Traiter tous les survivants de la même manière. Ne faites pas d'hypothèses sur l'histoire ou les antécédents du survivant. -Soyez conscient de vos propres préjugés et opinions et ne les laissez pas influencer la façon dont vous traitez un survivant.
4	Respecter la dignité humaine des survivants	-Gardez à chaque moment une attitude de respect, de patience et de compassion envers le survivant enfant ou adolescent ; -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 -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

		-Évitez toutes les questions, commentaires, attitudes susceptibles de nuire, stigmatiser, exposer ou traumatiser à nouveau l'enfant,
5	La création d'un environnement favorable à l'échange,	-Rencontrez le survivant enfant ou adolescent en privé, sauf si celui-ci est capable de demander expressément un accompagnateur de son choix. 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, -Fournissez toujours au survivant des informations l'aidant à prendre des décisions informées,
6	La qualité et au type d'intervenants dans la prise en charge des VFEA	-S'assurer que l'intervenant n'a jamais été auteur, co-auteur ou complice d'une violence, -S'assurer que les intervenants témoignent d'un comportement constructif caractérisé par l'écoute active, l'objectivité, l'empathie et la patience. -Pour examiner un enfant, il est souhaitable que l'examen se déroule sans le port de blouse, -Examiner l'enfant avec le principe de la main occupé de l'enfant soit avec des jouets tenus en main, -Démontrer à l'enfant d'abord sur la poupe comment vous allez devoir l'examiner -Dans la mesure du possible, Essayer toujours de conduire les entretiens et les examens avec du personnel au même sexe que la Survivant, surtout quand il s'agit d'un adolescent. -N'insistez pas pour obtenir davantage d'informations si la Survivant n'est pas prête à parler de tout ce qu'elle a vécu

Etape 2 : Anamnèse d'un cas de VFEA/25 mn

1. Dites aux participants que le prestataire doit toujours se rappeler que l'objectif principal de l'examen des enfants et des adolescents exploités ou ayant subi des violences sexuelles est de leur offrir les services et soins avec compassion, adaptés à leur stade de développement
2. Faites une lecture et exploitation des conditions d'accueil

Conditions d'accueil

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 de prévention des infections doivent être optimales (lavage des mains, champs propres...).

Conseils pour débiter une séance de reconstitution des faits

« Je m'appelle X. Je suis médecin. Mon travail est de bien m'occuper de toi. »
 « Peux-tu me dire ton nom ? »
 « Quel âge as-tu ? »
 Vérifiez que l'enfant connaît les parties de son corps.
 « Qu'est-ce que ceci ? » Pointez l'oreille de l'enfant.
 Continuez ainsi jusqu'à ce que l'enfant ait nommé la plupart des parties de son corps, y compris ses organes génitaux. Utilisez des mots d'enfant lorsque vous leur parlez des parties de leur corps.
 « Sais-tu pourquoi tu es ici aujourd'hui ? »
 « As-tu mal quelque part ? »

1° Informations que le survivant doit recevoir avant l'examen médical

Dans le cas de figure d'un enfant adulte ou adolescent qui comprend les faits, lui fournir 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 s'il y a des questions à poser ou des préoccupations et essayer d'y répondre.

Pour un enfant, les informations sont livrées à son accompagnant ou tuteur.

Ainsi le prestataire informe que pour :

- **Le récit (histoire)**, des questions vont être posées afin de mieux comprendre la situation physique, de savoir quels examens demander, de mieux établir un diagnostic et un traitement par la suite,

- **L'examen physique et prélèvement des preuves**, un examen consiste à examiner physiquement et à prélever des preuves de ce qui s'est passé. Les vêtements seront aussi examinés.

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

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

- **Les prélèvements sanguins**, une prise de sang sera effectuée pour analyse au laboratoire afin de permettre d'évaluer l'état de santé.
- **Les autres examens exploratoires**, il se peut qu'il y ait un besoin de faire d'autres examens en fonction de l'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 »

Vidéos pour illustration (facultatif) /10mn

- Vidéo sur l'accueil d'un jeune enfant survivant : C113
- Vidéo sur l'anamnèse et récit des faits chez un jeune enfant survivant : C115
- Vidéo sur l'anamnèse et récit des faits chez l'adolescent : C14

Etape 3 : Introduction à Examen physique /45mn

- Dites aux participants que le but de la collecte d'informations médicales est d'obtenir toutes les données médicales et psychologiques nécessaires sur la santé du survivant, ainsi que sur les circonstances de l'agression. Cependant, avant de recueillir ces informations médicales et de reconstitution des faits, il est absolument essentiel que le prestataire établisse une bonne relation avec le survivant. Puisque les capacités de communications des enfants varient considérablement selon leur stade de développement, la connaissance et la maîtrise par le prestataire de ces stades de développement peut jouer un rôle important dans la prestation de soins.
- Exploitez l'utilisation des tableaux suivants :

Les tableaux ci-dessous présentent : diverses considérations importantes lors de la collecte d'informations de reconstitution des faits

A. Considérations sur la collecte d'informations de reconstitution des faits²⁵

Stade de développement	Considérations sur la collecte d'informations de reconstitution des faits
Bébés et enfants préscolaires (0-4 ans)	• Les enfants de ce groupe d'âge ont des capacités d'élocution nulles ou très limitées et on ne doit pas leur demander de fournir des informations sur les faits survenus. • Les parents/tuteurs non agresseurs se présentant avec l'enfant pour obtenir des soins constituent les premières sources d'informations sur l'enfant et la suspicion d'exploitation/violence sexuelle.
Âge scolaire (5–9 ans)	• Les enfants de ce groupe d'âge doivent essayer de relater les faits dans la mesure du possible. • Les parents ou tuteurs peuvent fournir des informations supplémentaires mais ne devraient pas participer à la relation des faits sauf si l'enfant refuse de se séparer d'eux. • Le prestataire doit s'exprimer sans guider (voir les techniques de communication ci-dessus).
Pré-adolescents et adolescents (10–18 ans)	• Les enfants de ce groupe d'âge devraient pouvoir relater les faits. • Les parents ou tuteurs ne doivent pas participer à la relation des faits afin que l'enfant puisse exprimer son propre point de vue sur ce qui lui est arrivé. • La présence des parents ou tuteurs peut empêcher les enfants de ce groupe d'âge à tout révéler.

²⁵ Gestion clinique de enfants et adolescents exploités ou ayant subis des violences sexuelle, considérations techniques pour les programmes PEPFAR, 2013

B. Considérations sur la collecte d'informations pour les Circonstances spéciales

Circonstances spéciales	Considérations de collecte d'informations de reconstitution des faits
Enfant ne parlant pas	• Si un enfant ne peut pas ou ne veut pas parler au prestataire, ce dernier doit quand même continuer à parler à l'enfant et lui expliquer le processus d'examen sans cependant s'attendre à ce que l'enfant lui relate les faits. • Il n'est pas rare qu'un enfant refuse initialement de parler puis commence graduellement à s'exprimer durant l'examen, à mesure qu'il se sent en confiance avec l'examineur. • Il est aussi possible que l'enfant présenté n'ait finalement pas subi d'exploitation ou de violence sexuelle. • Certains enfants ne souhaitent pas parler de leur exploitation/violence sexuelle. Il ne faut alors pas les forcer à le faire, ce qui sera traumatisant.
Enfant handicapé	• Communiquez avec les enfants handicapés avec le moyen le plus facile pour eux (p. ex. langage des signes, braille, mots normaux avec images, aides audio ou visuels). • Il ne faut jamais assumer qu'un enfant handicapé est incapable de communiquer. • Certains handicaps affectent les capacités de communiquer des enfants et des adolescents. Il peut être difficile de les comprendre, tout comme il peut être difficile pour eux de comprendre les autres, ce qui peut créer des malentendus et nuire à la compréhension. • Il est important de se rappeler que les enfants handicapés ont un risque plus élevé d'être exploités et de subir des violences sexuelles. • Il est important de respecter les désirs de certains enfants handicapés ne souhaitant pas passer l'examen physique pour ne pas exposer leur corps à une personne étrangère. • Il faut alors tenir compte du meilleur intérêt de l'enfant et ne pas utiliser la force si l'enfant est incapable de s'exprimer seul.

Note sur les tableaux ci-dessus :

Le processus de collecte d'informations de reconstitution des faits doit se dérouler comme tout autre entretien de collecte d'informations médicales :

1. Principal objet de plainte
2. Situation de santé actuelle
3. Examen physique
4. Antécédents médicaux, incluant les antécédents ou d'examens antérieurs pour exploitation ou violence sexuelle.
5. Situation familiale et sociale
6. Etat mental

2. Conseils pour différentes situations de révélations des cas de VFEA

▪ Cas de l'enfant qui révèle des faits récents.

Il a besoin d'être **ÉCOUTÉ**, pas interrogé.

Le médecin ou l'infirmier 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**.

Si 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. Si l'agresseur vit avec l'enfant, celui-ci doit alors être PROTÉGÉ le jour même s'il existe un risque de récurrence au domicile.

▪ Cas de l'enfant qui 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.

Si l'enfant ne parle pas, le prestataire 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

▪ Cas de l'enfant qui 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 prestataire doit pouvoir proposer à l'adulte de parler avec lui en dehors de la présence de l'enfant. Rapidement le prestataire doit introduire d'autres intervenants pour ne pas se retrouver inefficace, voire utilisé, manipulé. 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.

▪ **Cas d'un survivant entre 15 et 18 ans**

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

De plus, on relève fréquemment chez ces survivants 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 lui.

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 il a été survivant.

Note sur les jeux sexuels entre enfants

Certains parents, certains enseignants dénoncent des activités à caractère sexuel qu'ils ont surpris 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 Survivant d'agressions antérieures ou vivantes dans un climat de pornographie et demander une évaluation pluridisciplinaire.

Etape 4. L'examen physique ano-génital/20 mn

Introduction

1. Même s'il est parfois tentant de vouloir séparer la partie médicale de la partie médico-légale de l'examen, ce n'est pas vraiment possible. Les composants médico-légaux de l'examen (collecte de preuves), lorsqu'ils sont nécessaires, doivent être incorporés dans tous les aspects des soins médicaux afin d'éviter la moindre rupture de soins. C'est pour cela que les prestataires doivent être préparés à intégrer toutes les opérations de collecte de preuves durant le déroulement l'examen physique ;
2. Dites aux participants que le principal objectif de l'examen est de déterminer les éléments cliniques nécessaires pouvant orienter le traitement à administrer au survivant.
3. Dites aux participants de se mettre en 3 groupes pour discuter de la façon de conduire l'examen physique et ano-génital du survivant en utilisant les poupées fille et garçon
 - Groupe 1 le travail sur l'examen chez un enfant de moins de cinq ans
 - Groupe 2 le travail sur l'examen sur un enfant pré-pubère
 - Groupe 3 le travail sur l'examen sur un enfant pubère
4. Un groupe volontaire présente les résultats des travaux de groupes en plénière pendant 5 minutes
5. Lecture et exploitation pour éclairer la conduite de l'examen physique

➤ Considérations générales

- Un enfant est défini par la Convention sur les Droits de l'Enfant comme une personne âgée de moins de 18 ans,
- Lorsqu'on examine des enfants, il est très important de commencer par un examen calme et méthodique, en allant de la tête aux pieds,
- 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 lèvres²⁶. 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

²⁶ Hymel KP, Jenny C: Child sexual abuse. *Pediatr Rev.* 1996 Jul;17(7):236-49

- 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,
- Pour se faire une idée plus précise de ce qui s'est passé, essayer d'obtenir les informations suivantes :
- La situation à la maison (y a-t-il un lieu sûr où l'enfant va retourner ?) ;
 - Comment la violence a-t-elle été découverte ;
 - 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 mobilité...
- **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 présent 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 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.

➤ **Dans le cas des enfants, les critères particuliers doivent être 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 le 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.
- Chercher des traces de blessure ou de maladie sur toute la surface de la peau, y compris sous la plante des pieds, derrière les oreilles, aux aisselles, sur les yeux, dans la cavité buccale et tout autour de la bouche.
- Noter la taille, l'emplacement, la couleur et le type (abrasion, lacération, etc.) de toute trace de blessure ou de maladie ; prendre des photos si possibles.
- 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 par des tampons

- Effectuer l'examen anal sur les garçons et les filles
- Noter sur le pictogramme l'emplacement de toutes les lésions identifiées
- 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 anal ne doit pas être effectué.

➤ **Tests de laboratoire**

Après les examens physiques et l'évaluation de l'état mental et psychologique de l'enfant ou de l'adolescent, le prestataire peut recommander un bilan des tests biomédicaux ou radiologique avant de donner les médicaments.

Dans certains endroits, le dépistage de la gonorrhée, de la chlamydia (par culture), de la syphilis et du VIH sont effectués 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. Le test de grossesse est réalisé chez la fille pubère ou adolescente.

Si l'enfant est agité, dans de rares cas, l'enfant ne peut pas être examiné. 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 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, et l'enfant doit reposer dans un lieu tranquille.

1. Examen génital de la petite fille²⁷/15 mn

1. Dites aux participants de travailler dans les mêmes groupes que l'étape précédente pour discuter comment conduire un examen génital de la petite fille pendant 15 minutes.
2. Un groupe volontaire présente les résultats des travaux de groupes en plénière
3. Lecture et exploitation

L'examen des parties génitales chez une petite fille avant la puberté est fait dans les positions suivantes :

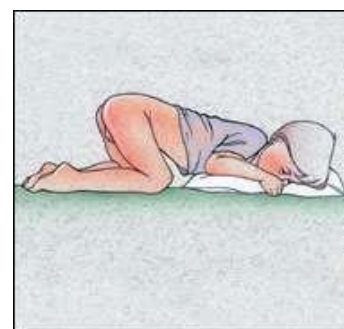
- Position de la grenouille,
- position de la grenouille assise sur les genoux de la mère ou position à quatre pattes



Illustrations by Marcia Hartsok



Illustrations by Marcia Hartsok



Illustrations by Marcia Hartsok

(voir images)

(Position de la grenouille),

(position à quatre pattes)

- **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'examineur 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 anomalies 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).

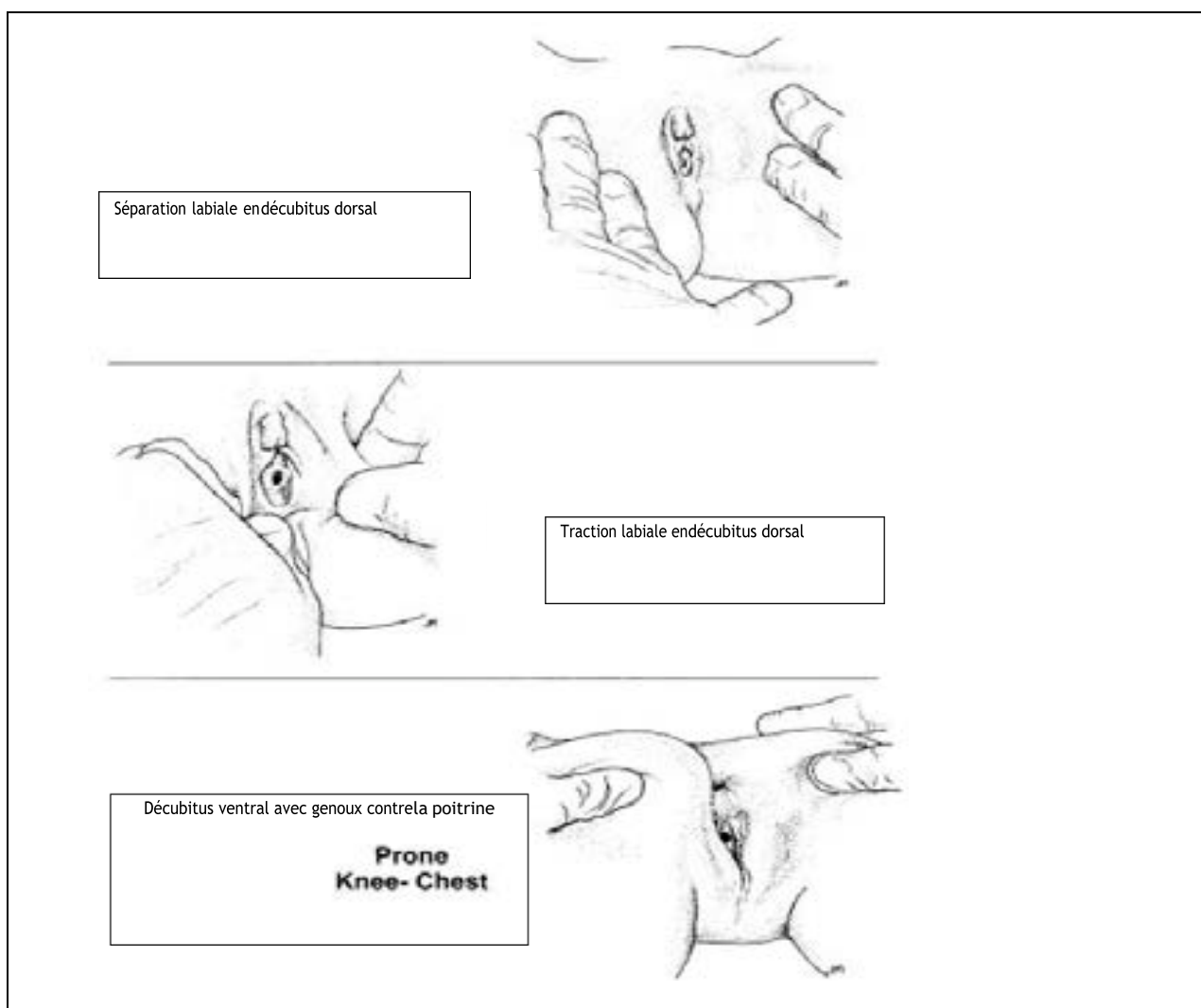
²⁷ Evaluating the Child for Sexual Abuse" Lahoti SL - Am Fam Physician, Mar 2001 ; 63(5) : 883-92 and from "Child Sexual Abuse" Hymel KP & Jenny C – Pediatrics in Review, Juillet 1996; 17(7) 236-242.)

- 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.
- 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.

Techniques d'examen chez l'enfant

Position/technique d'examen	Description
Décubitus dorsal avec jambes écartées	L'enfant est allongée sur la table d'examen ou sur les cuisses du parent avec les pieds rapprochés et les genoux écartés sans effort. Permet de bien voir la grande lèvre et de facilement utiliser les techniques de séparation/traction de la grande lèvre.
Décubitus dorsal avec genoux contre la poitrine	L'enfant est allongée sur la table d'examen ou sur les cuisses du parent avec les pieds et les genoux rapprochés, les genoux étant ramenés contre la poitrine (il est possible que l'enfant ait besoin d'assistance). Permet de bien voir l'anus et les tissus tout autour.
Décubitus ventral avec genoux contre la poitrine	L'enfant est sur la table d'examen, allongée sur le ventre. La tête et le torse sont à plat sur la table, les genoux sont séparés et appuyés sur la table, avec les fesses relevées. Permet de bien voir l'anus et les tissus tout autour, ainsi que la cavité rectale durant la dilatation. Avec les techniques de séparation/traction de la grande lèvre, permet d'évaluer et confirmer la présence d'une anomalie hyménale repérée lorsque l'enfant était en position de décubitus dorsal avec les jambes écartées.
Séparation labiale	Alors que l'enfant est en décubitus dorsal avec les jambes écartées, le prestataire ouvre délicatement la lèvre avec les mains gantées afin de voir les structures génitales.
Traction labiale	Alors que l'enfant est en décubitus dorsal avec les jambes écartées, le prestataire tient délicatement la grande lèvre des deux côtés entre le pouce et l'index de ses mains gantées, puis tire vers le haut et vers le bas, en direction de l'anus. L'examineur doit surveiller attentivement la zone de la fourchette postérieure avant, durant et après l'examen afin que l'examen ne cause pas de blessure. Alors que l'enfant est en décubitus ventral avec les genoux contre la poitrine, le prestataire tient délicatement la grande lèvre des deux côtés entre le pouce et l'index de ses mains gantées, puis tire vers le bas et vers le haut, en direction de l'anus. L'examineur doit surveiller attentivement la zone de la fourchette postérieure avant, durant et après l'examen afin que l'examen ne cause pas de blessure.

Illustrations des positions et techniques d'examen



2. Examen physique des organes génitaux chez une fille pré-pubère/15mn

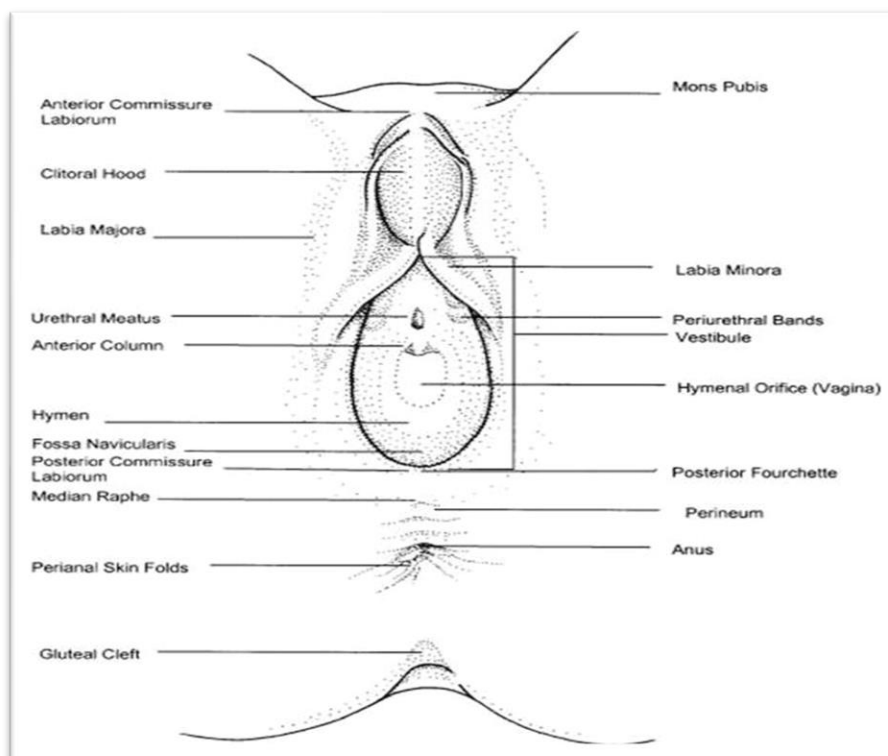
1. Lecture et exploitation

Chez un enfant pré pubère, l'examen doit porter essentiellement sur les organes génitaux externes. En général, il n'est pas recommandé d'examiner les filles pré pubères avec un spéculum ou avec les doigts. En général, si un examen des organes internes semble nécessaire, une anesthésie locale ou totale doit être envisagée

Chez les filles, évaluez les signes de lésions ou blessures sur les structures génitales externes suivantes :

- Mont de Vénus,
- Grandes lèvres et petites lèvres
- Capuchon du clitoris et clitoris
- Urètre et tissus périphériques
- Fourchette postérieure
- Fosse naviculaire
- Hymen
- Vestibule vaginal
- Périnée

Schéma illustrant les organes génitaux externes d'une fille



○ Examen des organes génitaux externes avec repères d'horloge

La documentation de l'évaluation et des observations de la structure génitale doit utiliser les repères d'horloge (voir l'illustration). Certains examinateurs attribuent la position de 12 heures à l'urètre, ce qui déplace la position de l'horloge lorsque la position de l'enfant change. D'autres conservent toujours la même position d'horloge et documentent toujours la position de l'enfant lorsqu'ils notent des observations. Chaque examinateur doit choisir la méthode qui lui convient le mieux et conserver cette méthode pour tous ses examens.

Le prestataire doit superposer l'image d'horloge et utiliser les positions d'heures pour documenter ses observations. Il est très important que le prestataire note le type de blessures, la taille des blessures si possible, la structure sur lesquelles la blessure sont observées et leur couleur.

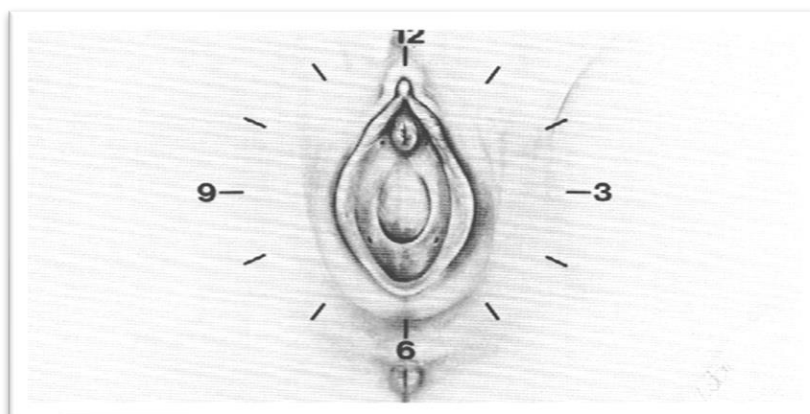


Illustration de la documentation avec repères d'horloge imaginaire

3. Examen pour des lésions génitales chez une fille pubère/10mn

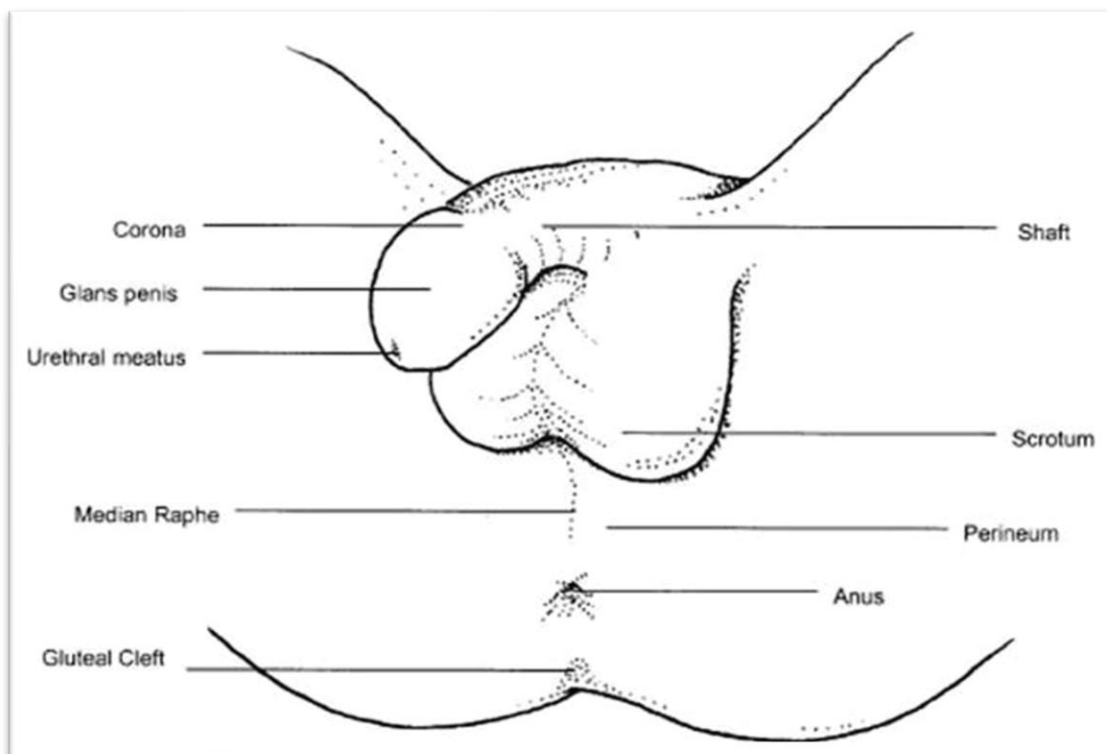
L'adolescente qui a atteint la puberté doit faire l'objet d'un examen complet du bassin, en plus de la collecte d'informations et de l'examen physique général. Il est possible d'employer les mêmes techniques d'examen que chez une fille pré-pubère, mais la position de lithotomie (allongée sur le dos, genoux pliés, pieds dans les supports et cuisses écartées) sera également utilisée puisqu'un examen avec spéculum fait partie de la pratique standard.

4. Examen pour documentation des lésions génitales chez un garçon/10mn

Chez les garçons, l'examen génital doit porter sur les structures et les tissus suivants, avec recherche de signes de blessure et de maladie :

- Prépuce du gland
- Gland et frein du pénis
- Méat urinaire
- Tige du pénis
- Scrotum
- Testicules
- Région inguinale
- Périnée
- Pertes anales ou urétrales

Effectuer éventuellement des prélèvements. Noter sur les pictogrammes l'emplacement d'éventuelles crevasses, d'hématomes ou de lacérations anales.



Signification des résultats de l'examen ano-génitaux ²⁸

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

* : Les projections du tissu de l'hymen sont appelées acrochordons et bosses.

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.

²⁸ 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)*.

Note au formateur sur les mythes liés à l'hymen

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

Il est important que les participants sachent que :

- *Il existe de nombreux mythes concernant l'hymen et que l'examen de l'hymen peut être une question très délicate dans certaines cultures.*
- *L'examen de l'hymen fait partie de l'examen de l'agression sexuelle chez un enfant.*
- *La quantité de tissu de l'hymen n'est pas un indicateur sensible de la pénétration.*

Mythe : définitions

Un Mythe c'est quelque chose qui n'est pas vrai ou une conception erronée, Une fausse information qui est créée pour expliquer quelque chose.

Il s'agit d'un Préjugé : une croyance, une opinion préconçue souvent imposée par le milieu, l'époque du passe, et l'éducation.

Il s'agit d'une pure construction de l'esprit, Image simplifiée, souvent illusoire, que des groupes humains élaborent ou acceptent au sujet d'un individu ou d'un fait et qui joue un rôle déterminant dans leur comportement ou leur appréciation.

Avant d'introduire l'anatomie de l'hymen, organisez une brève discussion sur les mythes se rapportant à l'hymen²⁹.

1. *Demandez aux participants : « Est-ce qu'on peut se baser sur l'apparence de l'hymen pour déterminer si une fille est encore 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

2. *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.*

²⁹ (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).

- 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.

Le facilitateur pourra permettre aux participants une discussion sur d'autres conceptions erronées ou faits à propos de l'hymen

Description des différents types d'hymens :

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.)



a) Hymen annulaire : C'est la configuration la plus simple. L'orifice de l'hymen est représenté par un cercle relativement égal.



b) Hymen 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 tissu de l'hymen semble être pendu du haut vers le bas (position antérieure).



- c) **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).



- d) **Hymen 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).

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 pas 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) et les abrasions à la base de l'hymen à la position 7h00(en dessous de la flèche).



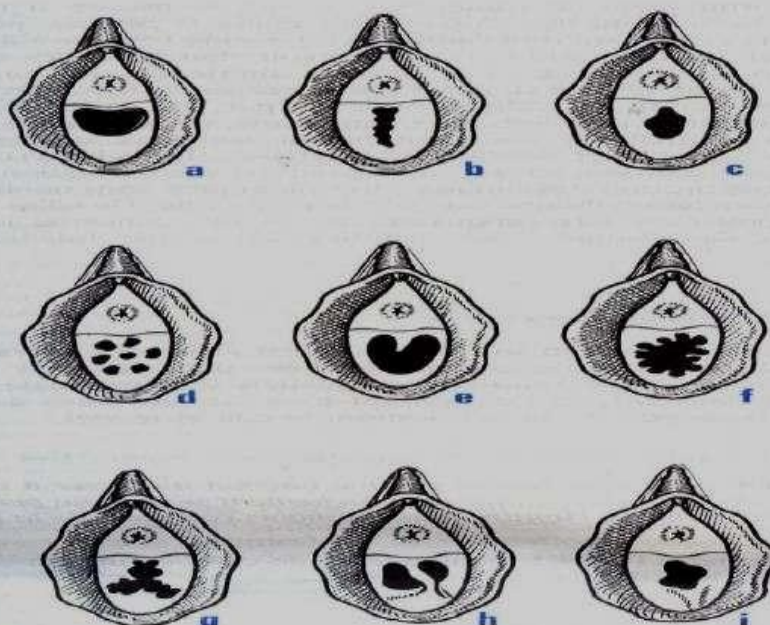
Preadolescent Child Pediatrics 2003 112: 829-837

Il est important que les participants sachent que les enfants qui survivent à une violence sexuelle, très souvent, n'ont PAS de signes physiques et 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.

Différentes Formes de l'hymen possibles non déflorés

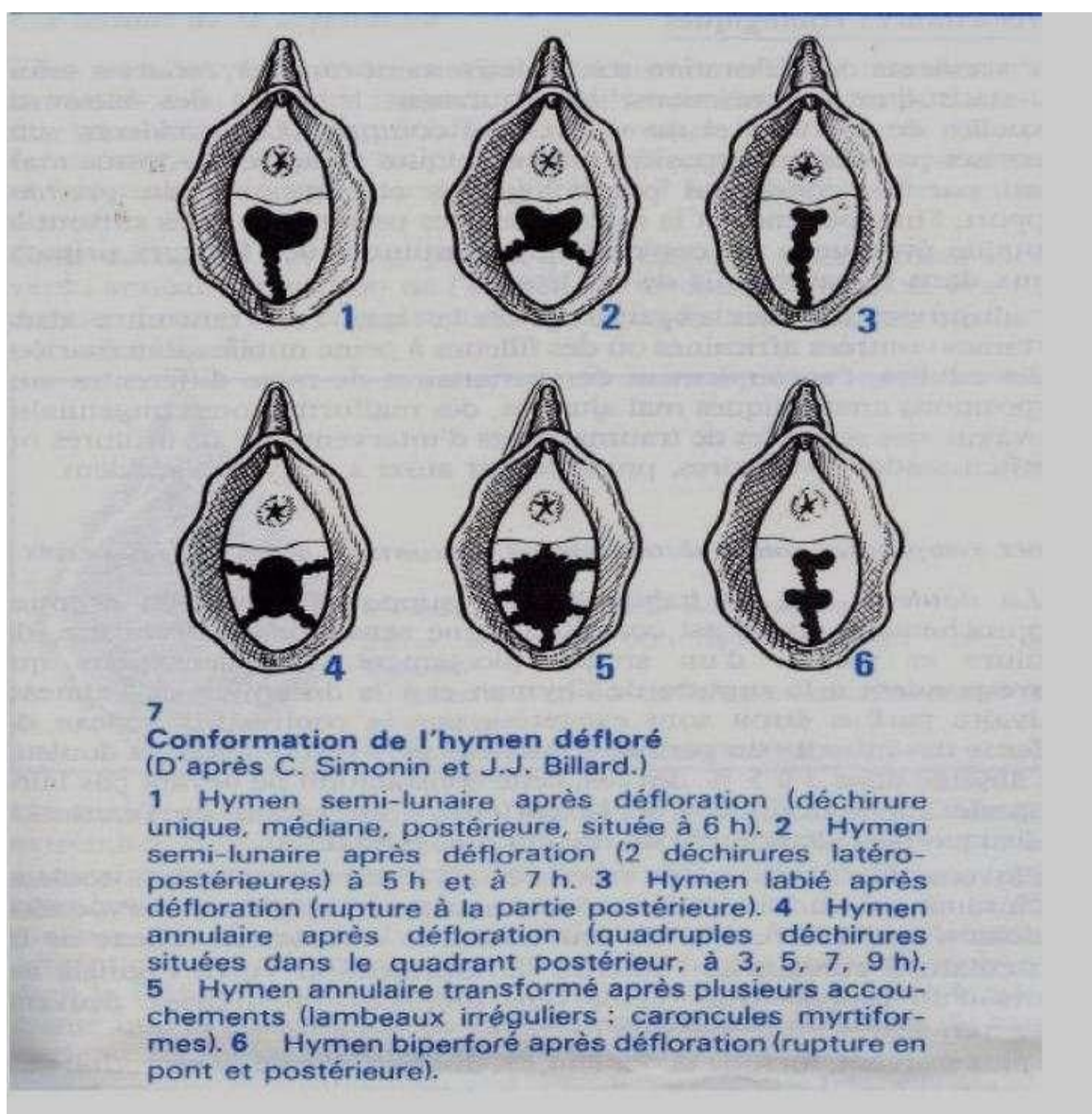
Examen de l'hymen formes multiples



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)

Hymen défloré



Vidéos pour illustration (facultatif)/10mn

1. Vidéo sur les directives de conduire un examen physique et pelvien chez un enfant : C121 et C127.
2. Vidéo sur comment conduire un examen physique chez l'adolescent : C20
3. Vidéo sur comment conduire un examen général et des organes chez l'adolescent : C23, C27 et C31.

Etape 5. Clôture et transition/20mn

1. Donnez l'occasion aux participants de poser des questions
2. Demandez si les objectifs ont été atteints
3. Distribuer et expliquer les étapes du formulaire clinique sur les VFEA
4. Remerciez les participants pour avoir suivi l'étape de la prise en charge avec intérêt.

FORMULAIRE CLINIQUE SUR LA VIOLENCE FAITES AUX ENFANTS ET ADOLESCENTS

1. Informations générales

Province sanitaire :

District sanitaire :

Formation sanitaire :

- ☐ Avant de débiter l'entretien, veuillez-vous assurer de rappeler à votre survivant que toutes les informations qu'il/elle communiquera resteront confidentielles, et qu'il/elle peut choisir de refuser de répondre à n'importe laquelle des questions suivantes.
- ☐ En outre, il faut que le consentement éclairé soit signé avant le début des procédures

Nom de famille		Prénom	Code.
Adresse			
Sexe	Date de naissance [jj/mm/aa]		Âge
Date/heure de l'examen /		En présence de	
▪ Déclaré par le/la survivant(e) ▪ Déclaré par la personne qui accompagne le/la survivant(e) en présence du/du survivant(e) ▪ Déclaré par une personne autre que le/la survivant(e), en l'absence du/du survivant(e)			

2. Circonstances de l'incident

Date de l'incident :		Heure de l'incident :	
Description de l'incident (récit du survivant) :			
Violence physique	Oui	Non	Décrire le type et l'emplacement sur le corps

Type (coups, morsures, cheveux tirés, etc.)				
Utilisation d'instruments de contention				
Utilisation d'arme(s)				
Drogues/alcool en cause				
Pénétration	Oui	Non	Sans certitude	Décrire (orale, vaginale, anale, type d'objet)
Pénis				
Doigt				
Autre (préciser)				
	Oui	Non	Sans certitude	Emplacement (orale, vaginale, anale, autre)
Éjaculation				
Condom utilisé				

Si la Survivant est un enfant, poser aussi les questions suivantes : Est-ce que c'est déjà arrivé auparavant? Est-ce que c'était la première fois ? Depuis combien de temps est ce que ça dure? Qui a fait ça ? Est-ce que cette personne est encore une menace ? Demandez aussi si l'enfant a observé des saignements du vagin ou du rectum, des douleurs en marchant, des troubles urinaires, de la douleur en faisant les selles, des signes de pertes, d'autres symptômes.

3. Informations médicales

Après l'incident, est-ce que la Survivant...	Oui	Non		Oui	Non
a vomi ?			s'est rincé la bouche ?		
a uriné ?			a changé de vêtements ?		
a déféqué ?			s'est lavé ou baigné ?		
s'est brossé les dents ?			a utilisé un tampon ou une serviette hygiénique ?		
Utilisation de moyens contraceptifs chez la Survivant					
Pilule		DIU		Stérilisation	

Injectable		Condom		Autres	
Informations de menstruation/obstétrique chez une adolescente					
Dernière période de règles (jj/mm/aa)			Menstruation lors de l'incident Oui ☐ Non ☐		
Preuve de grossesse Oui ☐ Non ☐			Semaines de grossesse : _____ semaines		
Antécédents obstétricaux					
Antécédents de relations consenties (seulement si prélèvement d'échantillons pour analyse d'ADN)					
Dernière relation consentie moins d'une semaine avant l'agression		Date (jj/mm/aa)		Nom de la personne :	
Problèmes de santé existants					
Antécédents de mutilation génitale féminine(MGF), type					
Allergies					
Médicaments consommés actuellement					
Vaccinations	Vacciné(e)	Non vacciné(e)	Ne sait pas	Commentaires	
Tétanos					
Hépatite B					
Bilan VIH/SIDA	Connu		Inconnu		

4. Examen médical

Apparence (vêtements, cheveux, handicap physique ou mental évident)		
État mental (calme, nerveux, anxieux, coopératif, déprimé, autre)		
Poids :	Taille :	Stade de puberté (prépubère, pubère, mature) :
Fréquence cardiaque :	Pression artérielle :	Fréquence respiratoire : Température :
Observations physiques		
Décrire systématiquement et dessiner sur les schémas anatomiques ci-joints l'emplacement exact de toutes les blessures, contusions, pétéchies, marques, etc. Noter le type, la couleur, la forme et les autres détails. Les observations doivent être purement descriptives, sans interprétation.		

Tête et visage	Bouche et nez
Yeux et oreilles	Cou
Poitrine	Dos
Abdomen	Fesses
Bras et mains	Jambes et pieds

5. Examen génital et anal

Vulve/scrotum	Vestibule et hymen	Anus
Vagin/pénis	Col de l'utérus	Examen bimanuel/recto-vaginal
Position du patient (décubitus dorsal/ventral, genoux contre la poitrine, sur le côté, sur les genoux de la mère)		
Pour examen génital :	Pour examen anal :	

6. Analyses réalisées

Type et lieu	Examiné/envoyé au laboratoire	Résultat

7. Preuves collectées

Type et lieu	Envoyé à... / conservé	Recueilli par... / date

8. Traitements prescrits

Traitement	Oui	Non	Type et commentaires
Prévention/traitement d'ITS			
Contraception d'urgence			
Traitement de blessures			
Prophylaxie du tétanos			
Vaccination contre l'hépatite B			
PEP / VIH			
Autres (à préciser)			

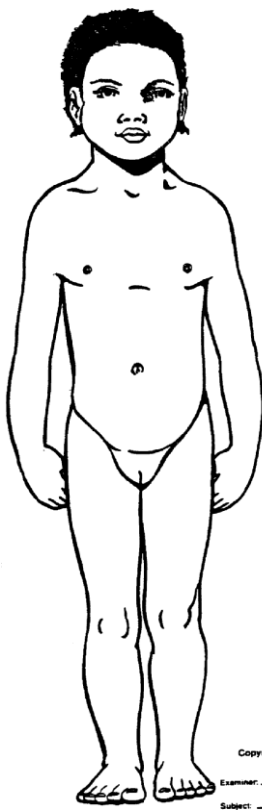
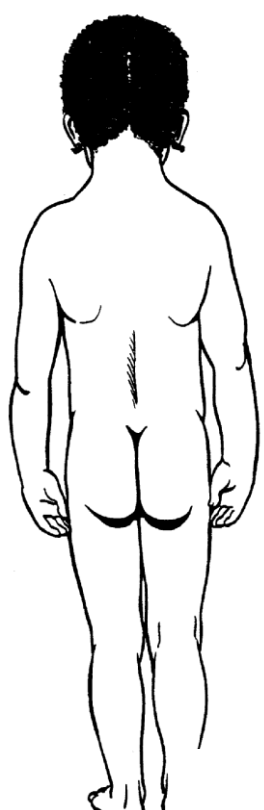
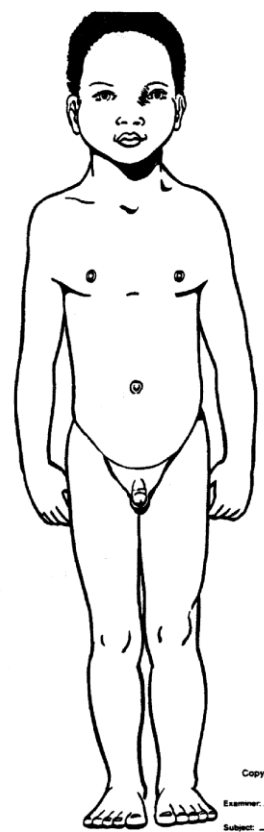
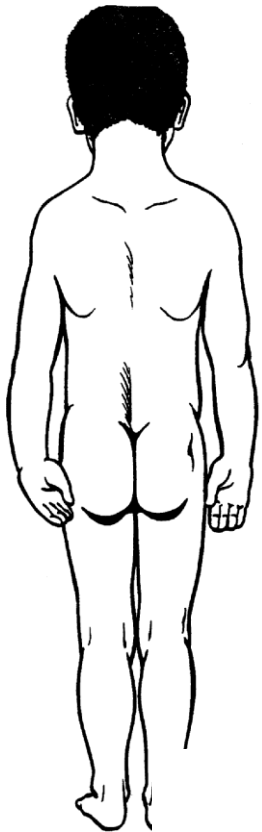
9. Counseling, orientations, suivi

État psychologique général	
La Survivant compte porter plainte à la police OU l'a déjà fait Oui ▪ Non ▪	
La Survivant a un lieu où dormir Oui ▪ Non ▪	Quelqu'un se charge de l'accompagner Oui ▪ Non ▪
Séance de counseling :	
Orientation vers d'autres Services	
Suivi nécessaire	
Date recommandée pour la prochaine visite : /...../202.....	
Nom et prénom du prestataire de soins + signature/cachet	

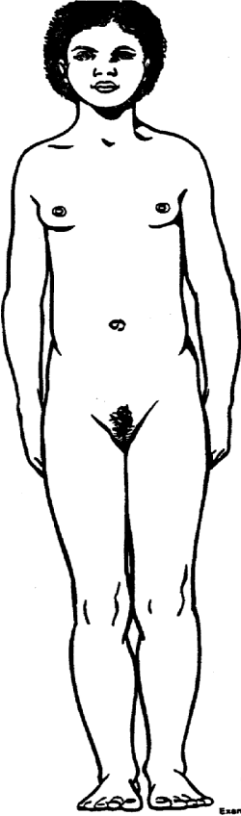
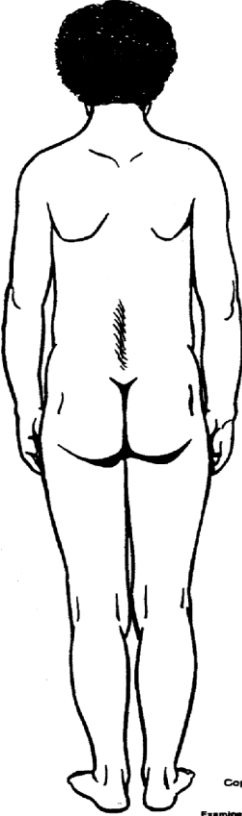
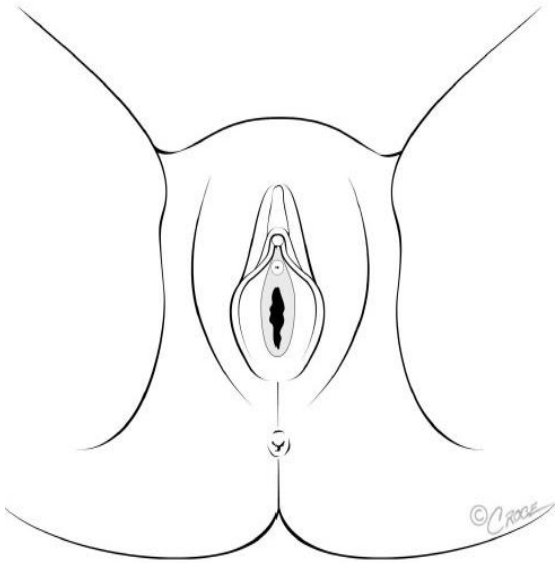
Pictogramme

Toute les lésions constatées doivent être rapportées sur cette carte anatomique/pictogramme du corps humain chez les enfants et adolescents

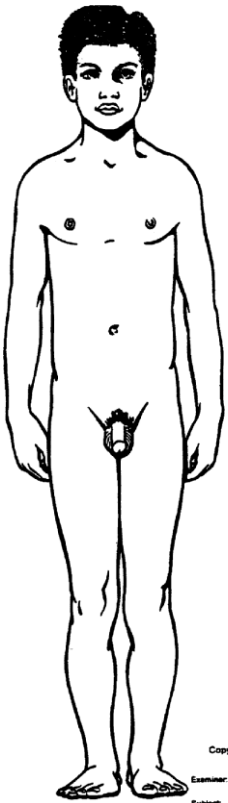
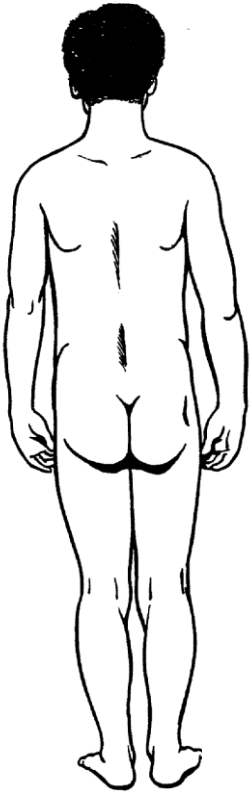
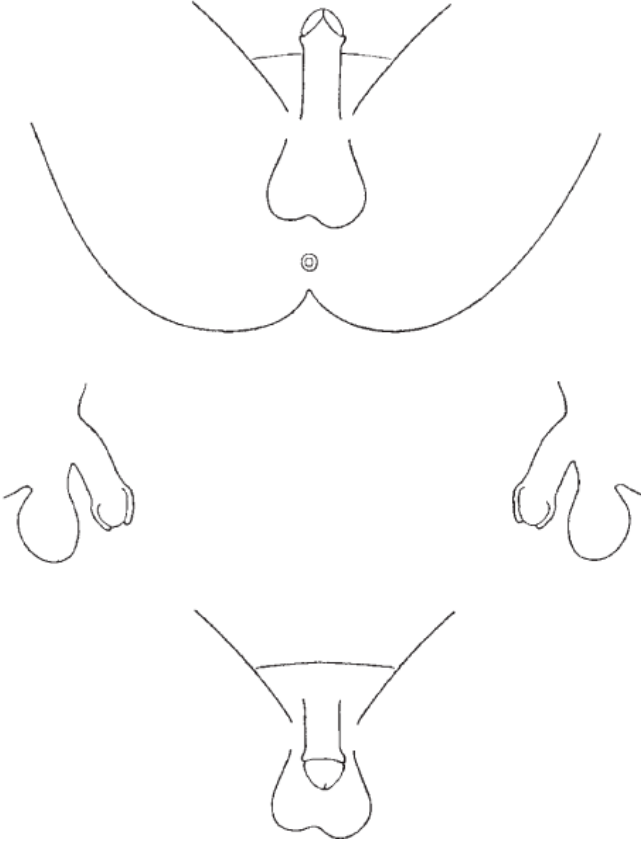
Fiche de Description des lésions chez les petits enfants

<i>Petite Fille</i>  Copyright HEU Examiner: _____ Subject: _____	<i>Petite Fille</i> 	<i>Petit Garçon</i>  Copyright HEU Examiner: _____ Subject: _____	<i>Petit Garçon</i> 
<i>Description des lésions</i>	<i>Description des lésions</i>	<i>Description des lésions</i>	<i>Description des lésions</i>

Fiche de Description des lésions chez la fille

<i>Fille: vue en antérieure</i>  Copy: Examiner: _____	<i>Fille: vue en antérieure</i>  Copyright HEJ Examiner: _____	<i>Les organes génitaux externes chez les filles</i>  © Crode
<i>Description des lésions</i>	<i>Description des lésions</i>	<i>Description des lésions</i>

Fiche : Description des lésions chez le garçon

<i>Garçon : vue en antérieure</i>  Copyright HEJ Examiner: _____ Subject: _____	<i>Garçon : vue en antérieure</i> 	<i>Les organes génitaux externes chez les garçons</i> 
<i>Description des lésions</i>	<i>Description des lésions</i>	<i>Description des lésions</i>

Session III.9. Traitement médical

Objectif d'apprentissage

A la fin de la session les participant seront capables de :

- Expliquer les protocoles de prise en charge médicale aux survivants de VFEA
- Prendre en charge un survivant de VFEA : exercice de synthèse

Durée : 2 heures

Supports : Flip chart, feutres, projecteur, ordinateur

Préparation :

1. Examinez le module de formation pour être sûr que vous comprenez le contenu, la méthodologie et le temps imparti à chacune des étapes
2. Préparer les présentations PowerPoint sur les protocoles utilisés au Burundi

Procédures

Etape 1 : Protocoles nationaux/1 heure

1. Dites aux participants que le traitement médical dépendra de l'état général du survivant. Il inclura :

- Traitement en urgence des cas graves
- Traitement des blessures
- Médicaments suivant peuvent être indiqués selon les protocoles nationaux:
 - Vaccins
 - Antirétroviraux
 - Antibiotiques
 - Antalgiques
 - Contraceptifs

Introduction

1. Attirez l'attention des participants sur l'importance et l'obligation de considérer tout cas de viol constaté chez l'enfant et l'adolescent comme chez l'adulte :
 - Traitez tous les cas de de VFEA comme des urgences et ne les laissez pas faire la queue dans la file d'attente.
 - Soignez les blessures mettant la vie en danger en priorité avant tous les autres aspects de la prise en charge de la VFEA.
 - Tout prestataire formé à la prise en charge des VFEA peut prendre en charge un survivant et être en mesure de remplir les formulaires de documentation de la VFEA
 - Tous les survivants de la VFEA ont besoin d'une évaluation psychosociale, de conseils, d'un soutien psychosocial et d'un suivi une fois qu'ils sont stables.

- Les prestataires de soins de santé doivent s'assurer de la documentation et de la conservation appropriées des dossiers médicaux à des fins de sécurité et pour une utilisation future.

1. La prise en charge médicale avant 48 heures après l'agression

➤ Prophylaxie PEP – VIH

La PEP étant une urgence, elle doit être débutée dans les premières heures, au mieux dans les premières minutes et dans tous les cas avant 48 heures. La prophylaxie est optimale dans les 4 premières heures. Au-delà de 48 heures, un traitement prophylactique VIH ne sera plus donné. Un suivi sérologique régulier avec des tests VIH sera envisagé.

Considérer avant tout les étapes pour la prescription d'une prophylaxie du VIH :

Première étape:

Evaluation du risque de transmission du VIH :

- Un risque avéré : la pénétration vaginale et anale.
- Un risque possible : la pénétration orale avec éjaculation ; acte commis alors que le n'était pas consciente ; la Survivant a mordu l'agresseur ou a été mordue par lui, avec dans les deux cas, présence de sang dans la bouche.
- Pas de risque : un baiser ; la pénétration d'un objet dans le vagin, l'anus ou la bouche ; l'éjaculation sur une peau intacte.
- Un risque augmenté : la présence de sang, des IST, de lésions vaginales, anales, buccales chez l'agresseur et/ou le survivant, lorsqu'il y a eu éjaculation, en cas de viol collectif ou de pénétrations multiples par le(s) agresseur(s).

Deuxième étape :

Proposition de la Prophylaxie Post-Exposition (PPE).

Il est important d'informer le survivant sur :

- les risques de transmission du VIH et les bénéfices potentiels d'une PPE;
- le traitement : durée, effets secondaires potentiels, importance de l'adhésion au traitement ;
- l'adhésion à la prise du traitement jusqu'au bout ;
- le praticien aide le survivant à prendre une décision.

Troisième étape :

Décision d'administrer la PPE

Le survivant décide d'accepter le traitement PPE :

- la PPE constitue une urgence médicale et doit commencer immédiatement après les résultats négatifs du test VIH et dure 28 jours. Néanmoins, si le test de dépistage n'est pas disponible, cela ne constituerait pas une entrave pour l'administration ARV.
- Rappeler qu'il y a une période aveugle ou une éclipse avant que le résultat du test de dépistage ne devienne positif. Un test de dépistage VIH fait immédiatement après un viol peut exclure la séropositivité ou confirmer une séropositivité préexistante au viol mais n'exclut pas l'infection VIH par celui-ci. En effet, l'organisme n'aura pas eu le temps de fabriquer une quantité d'anticorps détectable. Dans ce cas la personne sera séronégative mais tout en étant infectée. Le suivi médical du survivant propose un second test 3 mois plus tard et un troisième 6 mois après. L'utilisation de préservatif doit être absolument recommandée pendant au moins 6 mois, c'est-à-dire jusqu'à l'obtention des résultats du dernier test VIH.

NB. Dans le cas où le test de dépistage du HIV s'avérerait positif, le traitement prophylactique du VIH (PPE) est interrompu. Le survivant sera alors suivi comme les autres personnes séropositives.

Le protocole national de la Prophylaxie Post-Exposition au VIH (PPE) :

- ABC/3TC +DTG 10MG pour les moins de 6 ANS
- ABC/3TC +DTG 50MG entre 6-10ans à partir de 20KG
- TDF/3TC /DTG à partir de 10 ans et plus de 35 KG

Nb : Les posologies doivent être adaptées en fonction du poids de l'enfant

➤ **Prévention d'une grossesse non désirée**

La contraception d'urgence peut, dans la majorité des cas, empêcher des grossesses non désirées si elle est utilisée dans les 72 heures. Elle opère en interrompant le cycle reproductif d'une femme en retardant ou en inhibant l'ovulation, en bloquant la fécondation ou en empêchant l'implantation de l'œuf (cas de DIU inséré entre le 4^e et le 7^e jour après viol).

La contraception hormonale n'est plus efficace si le survivant se présente plus de 72 heures après le viol. Cependant, le placement d'un Dispositif Intra Utérin (DIU en cuivre) entre le 4^e et le 7^e jour après un rapport sexuel non protégé est une méthode extrêmement efficace.

NB. *La contraception d'urgence n'interrompt pas une grossesse en cours et n'est donc pas considérée comme une méthode d'avortement.*

Le facilitateur informe aux participants de chercher d'abord les signes qui orientent vers la possibilité d'avoir contracté une éventuelle grossesse en post viol chez la jeune fille ou adolescente survivante des VFEA :

- L'âge à la ménarche des jeunes filles,
- L'âge pré ou pubère de la jeune fille,
- L'état gynécologique du survivant doit être évalué afin d'exclure une grossesse éventuelle,
- Il faut faire un test de grossesse s'il est disponible,
- En cas de grossesse préexistante, l'âge de la grossesse doit être estimé et le suivi prénatal se fera à la consultation comme d'habitude.

Note :

- *L'âge de ménarche chez la jeune fille n'exclut pas de contracter une éventuelle grossesse. L'apparition des règles est annoncée, au préalable, par la phase ovulatoire, raison pour laquelle une fille qui n'a pas encore vu sa ménarche peut contracter une grossesse si le viol a été fait dans la phase ovulatoire de son cycle menstruel.*
- *Informez le survivant de l'illégalité de l'avortement au Burundi, des conséquences médicales et légales d'un avortement provoqué.*

Après viol, la contraception d'urgence est proposée systématiquement à toute fille en âge de procréation qui n'est pas préalablement enceinte ou sous contraception.

Choix	Type de CU	Nature	Posologie	
1 ^{er} choix	Postinor® (cé0, 750mg)	COP	1cé tout suite ou 2cé une prise	1cé 12h plus tard
	Postinor 1,5mg	COP	1cé (Prise unique)	--
2 ^{ème} choix	Microgynon® 30	COC normodosé	4 cés tout de suite	4 cés 12h plus tard.
3 ^{ème} choix	Microlut®	COP faiblement dosé	25 cés tout de suite	25 cés 12h plus tard.
Autre	DIU	Cuivre	1	De 72h- 7 j

➤ **La prophylaxie des infections sexuellement transmissibles(IST)**

Les IST avec ulcérations, parfois microscopiques, augmentent le risque de transmission du VIH de 2 à 9 fois plus que la normale.

Plus de 60% des cas des IST chez la femme et 10% des IST chez l'homme ne présentent pas de symptômes. Même s'ils sont asymptomatiques, l'infection est présente.

Les conséquences des IST à long terme varient de la salpingite, de la stérilité, de la septicémie à la mort (p.ex. dans 25% des cas de syphilis non traités). La difficulté des techniques de laboratoires pour dépister une IST asymptomatique, et la facilité d'instaurer un traitement de prévention IST induisent la proposition d'instaurer un traitement prophylactique des IST de façon systématique.

Le traitement prophylactique IST suit le protocole national et prévient l'infection à chlamydia, à gonocoques, à syphilis, à trichomonas ou le chancre mou.

Le traitement a très peu d'effets secondaires et est de courte durée. Le traitement à dose unique est recommandé en raison de sa simplicité. Dans tous les cas, l'utilisation du préservatif est recommandée.

Selon le Protocole national de 2019, la posologie des molécules contenues dans le guide de PEC syndromique des IST n'est pas bien détaillée, à l'opposé chez les adultes où c'est bien détaillé pour la posologie des adultes en post exposition.

Selon le même protocole, le traitement prophylactique des IST prévient l'infection à chlamydia, à gonocoques, tréponème (Syphilis), à trichomonas ou le chancre mou. Le choix porte sur :

1^{er} choix associe chez les adolescents :

- *Azithromycine 1g par voie orale en dose unique*

+

- *Cefixime 400 mg par voie orale en dose unique*

+

- *Métronidazole 2 g par voie orale en dose unique*

2^{ème} choix associe chez les adolescents :

- *Doxycycline ® 100 mg x 2/jour par voie orale pendant 7 jours*

+

- *Benzathine pénicilline G 2,4 millions IU en dose unique en IM*

+

- *Ceftriaxone ® 250 mg en IM en dose unique*

+

- *Métronidazole 2g par voie orale en dose unique*

Chez les petits enfants, une adaptation posologique en fonction de leur poids et des Contre-indication doit être de mise.

Tableau résumant les molécules en fonction des germes incriminés dans la PEC des IST chez l'enfant et adolescent

Le Germe incriminé	Tous les antibiotiques à dose unique sont hautement efficaces. Choisissez-en un dans chaque boîte (= 3 ou 4 médicaments)	Enfants plus âgés et adolescents
Syphilis	benzathine Pénicilline G 50 000 unités/kg de poids corporel par injection intramusculaire unique, ou érythromycine 12,5 mg/kg de poids corporel par voie orale 4 fois/jour pendant 14 jours	>45 kg : utiliser le protocole adulte
Gonorrhée/ Chancres mous	Céfixime 8 mg/kg de poids corporel en dose unique, ou ceftriaxone 125 mg par injection intramusculaire, ou spectinomycine 40 mg/kg de poids corporel (maximum 2 g) par injection intramusculaire	>45 kg, utiliser le protocole pour adultes
Chlamydia	Érythromycine 12,5 mg/kg de poids corporel par voie orale 4 fois/jour pendant 7 jours	12 ans ou plus, utilisez le protocole adulte
Trichomonas	Métronidazole 5 mg/kg de poids corporel par voie orale 3 fois/jour pendant 7 jours	12 ans ou plus, utiliser le protocole adulte

➤ La prophylaxie du tétanos

Chez l'enfant, il faut analyser les résultats du calendrier vaccinal et faire un vaccin de rappel si nécessaire.

Chez l'adolescent un vaccin de rappel ou un sérum antitétanique est indispensable après avoir analysé les facteurs de risque de développer le tétanos.

La Prophylaxie du tétanos est systématique en cas de statut vaccinal non connu ou incomplet, un vaccin antitétanique est donc administré selon le protocole national.

Vaccin contre Tétanos (Vaccin Td) :

- Td 1 (1ère dose) : au 1er contact
- Td 2 (2ème dose) : après 1 mois
- Td 3 (3ème dose) : après 6 mois
- Td 4 (4ème dose) : après 1an
- Td 5 (5ème dose) : après 1 à 3 ans.

NOTE :

Le vaccin antitétanique et le vaccin d'hépatite B peuvent se donner au même moment mais sur des parties différentes du corps.

Un sérum antitétanique peut être administré en urgence

➤ **La prophylaxie de l'hépatite B**

Le risque de contamination par l'hépatite B est 200 fois supérieures à celui de la contamination par le VIH.

Le vaccin de l'hépatite B est donné à J0, M1, M6 et M12 mois par injection IM dans le deltoïde Pour les adolescents survivants des viols ou ceux ayant présenté les facteurs de risque notamment chez les survivants usagers de drogue injectables. L'administration se fait dans la cuisse (face antérieure de la cuisse) pour les enfants. Ne pas administrer dans les fesses, car la réponse immunitaire est moins efficace.

- Enfant : une dose = 5 à 10 microgrammes en IM à la face antérieure de la cuisse J0, M1, M6 et un rappel à M12.
- Adolescent : une dose = 10 à 20 microgrammes en IM deltoïdien J0, M1, M6 et un rappel à M12.

2. La prise en charge d'un cas de viol après 48 heures

- Il arrive qu'un survivant de viol se présente plus de 48 heures après l'agression, voire des semaines ou des mois après le viol.
- Il est important d'analyser la raison qui l'a poussée de venir dans une structure médicale et qui l'y a incitée. Elle peut craindre avoir contracté une maladie, une infection (VIH/IST...), être enceinte, manifester des symptômes de trouble psychique. Tout survivant a besoin d'un soutien psychologique.
- L'accueil, l'anamnèse et l'examen médical y compris l'examen gynécologique complet doivent être faits comme pour un survivant arrivant dans les 72 heures après un viol.

1. Traitement prophylactique

- **Prophylaxie VIH** : Il est inutile de proposer une prophylaxie VIH lorsque le survivant arrive plus de 48 heures après le viol. Cependant, l'évaluation du risque d'infection VIH, la proposition d'un test de dépistage et un suivi peuvent être proposés.
- **Traitement IST** : voir protocole national de traitement des IST
- **Vaccination contre l'hépatite B : voir protocole national**
- **Vaccination antitétanique : voir protocole national**
- **La prévention de la grossesse :**
 - Jusqu'à 3 jours (72 heures) l'administration du Postinor[®] peut prévenir la grossesse en sachant que le plus tôt c'est le mieux.
 - Du 3^{ème} jour au 7^{ème} jour la pose de DIU (Stérilet) jusqu'à la menstruation est efficace. Cependant, il importe d'évaluer le risque et les avantages dans le cas d'une nullipare : la pose est difficile et le risque d'infection n'est pas négligeable.
- **Traitement des douleurs (antalgique comme le paracétamol)**
- **Prise en charge psychologique (développée plus loin)**

3. Soins de suivi

Le suivi durant la 1^{ère} et 2^{ème} semaine

Une seconde consultation est conseillée durant la première semaine.

Cependant Il est possible que le survivant n'aime pas ou ne puisse pas se présenter pour le suivi. Dans ce cas, il faut lui fournir le maximum d'informations lors de la première visite. Dans le cadre d'une visite de suivi à 2 semaines après l'agression, les tâches et vérifications de routine suivantes doivent être effectuées :

- Examiner les blessures pour vérifier qu'elles guérissent convenablement.
- Vérifier que le survivant a terminé le traitement donné pour les IST.
- Obtenir les cultures et faire les prélèvements sanguins pour évaluer le statut VIH, surtout si les antibiotiques prophylactiques n'ont pas été donnés à la première visite.
- Discuter des résultats de tous les tests administrés.
- Administrer un test de grossesse si nécessaire.
- Rappeler aux survivants de revenir : pour les vaccins contre l'hépatite B dans 1 mois et 6 mois ; pour d'autres vaccinations si nécessaires ; pour le test de dépistage du VIH à 3 et 6 mois ; et pour le suivi avec leur prestataire habituel.

- Programmer les rendez-vous de suivi.
- Évaluer l'état émotionnel et mental du survivant, et encouragez la patiente à solliciter des services de counseling si elle ne l'a pas déjà fait.

Le suivi à la 4^{ème} semaine

- Interroger le survivant sur son cycle hormonal, l'apparition des règles, la reprise éventuelle des rapports sexuels, les signes d'une grossesse et donner un soutien psychosocial.
- Discuter sur les problèmes rencontrés au cours du traitement ARV.
- Proposer un suivi psychologique plus professionnel en cas de besoin.
- Discuter avec le survivant si le suivi médical est nécessaire.

Visite de suivi à trois mois :

- Faire le dépistage du VIH. Veiller à ce que le counseling pré et post-test soit fait ou orienter le survivant vers le service qui convient. Évaluer son état physique mental et émotionnel, conseiller et soutenir.
- Discuter des résultats.
- Faire une prise de sang pour le test de dépistage de la syphilis si les antibiotiques prophylactiques n'ont pas été administrés avant.

Visite de suivi à six mois

- Administrer le test de dépistage du VIH. Veiller à ce que le counseling pré et post-test soit fait ou orienter la patiente vers le service qui convient.
- Discuter des résultats.
- Administrer la troisième dose du vaccin de l'hépatite B.
- Évaluer la santé émotionnelle de la patiente et orientez-la si nécessaire.

Tableau récapitulatif du suivi médical

Dates des rendez-vous de suivi après la 1ère prise en charge	A reçu PEP (ARV), IST, prévention grossesse et vaccination	N'a pas reçu PPE
1 semaine	- Evaluation des effets secondaires + adhérence aux ARV - Donner le reste du traitement ARV si nécessaire - Proposer le test de grossesse si non fait lors de la 1^{ère} prise en charge - Examen médical IST - Proposer test HIV si non fait lors de la 1^{ère} prise en charge - Evaluer état émotionnel	Pas de suivi
2 ^e semaine	Pas de suivi	- Proposer le test de grossesse si non fait lors de la 1^{ère} prise en charge - Examen médical IST - Proposer le test HIV si non fait lors de la 1^{ère} prise en charge - Evaluer état émotionnel
4 ^e semaine	- Proposer le test de grossesse - Examen médical IST - Proposer le test HIV si précédent négatif ou si non fait - Evaluer état émotionnel - 2^{ème} dose vaccin Hépatite B et antitétanique	- Pas de suivi
3 ^e mois	- CPN (pour les grossesses et en cas de séropositivité orienter vers centre PTME)	- Evaluer la grossesse si indiqué - Examen médical IST
	- Test VIH/contrôle, - Contrôle des IST. - détection de l'état émotionnel,	Proposer le test HIV si précédent négatif ou si non fait - Evaluer état émotionnel

6e mois	- Proposer le 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 hépatite B (schéma standard)	- Proposer le 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
---------	--	---

Note importante:

1. Évitez de stigmatiser le survivant par un suivi médical trop intensif pour qu'il puisse reprendre le plus rapidement possible une vie normale.
2. Faire face aux questions et au comportement des personnes accompagnant l'enfant survivant.
3. Les parents accompagnant l'enfant survivant de violences sexuelles et basées sur le genre sont parfois très agités à cause de l'agression de leur enfant :
 - il arrive qu'ils battent l'enfant pour obtenir des aveux concernant l'agresseur. Le prestataire de soins expliquera aux parents que battre l'enfant le traumatisera davantage;
 - il se peut qu'ils désirent se venger de l'agresseur. Le prestataire de soins tentera de les calmer, focalisera leur attention sur l'enfant et sur les problèmes médicaux à prendre en charge d'urgence. Il les orientera vers la police s'ils désirent porter plainte. Il discutera avec les parents des mesures à prendre afin d'améliorer la sécurité de l'enfant.

Etape : 2 Exercice de synthèse : Cas Clinique/ 1h

Préparation

- Imprimez le cas clinique pour chaque participant
- Imprimez le formulaire clinique pour VFEA pour chaque participant

1. Introduction aux travaux de groupes/5 mn

Informez les participants qu'ils vont faire un exercice de synthèse en travaux de groupes dans le but d'intégrer tous les aspects médicaux d'une prise en charge d'un survivant de VFEA en donnant des conseils constructifs au cours de jeu de rôle.

2. Travaux de groupes/ 30mn

- Dites aux participants de constituer 4 groupes
- Distribuez les fiches d'anamnèse vierges avec des pictogrammes.
- Distribuez l'exercice sur le polycopié

Présentation du Cas clinique

Brigitte, âgée de 16 ans, vient au centre de santé amenée par sa mère le 2/01/2004. Elle dit avoir été agressée par Mr Y, âgé de 24 ans, son voisin, le 31 décembre 2003 après minuit. Elle a été tirée par les cheveux. Elle présente un hématome à l'occiput, des signes de strangulation sur le cou. Elle a un hématome de 2 cm sur chaque joue, son poignet droit montre des striures rouges suite à un attachement par une corde, le côté intérieur de la cuisse gauche a des griffures de 10 cm, l'intérieur de la cuisse droite des griffures de 3 cm. L'examen gynécologique montre l'évidence d'une perforation de l'hymen. Le doigtier révèle des traces de sang coagulé. Il y a de petites déchirures et éraflures à l'entrée du vagin à trois et dix heures. TA: 130 /80, Pouls : à 85/min, T°: 37°8.

Informations complémentaires : elle a des règles de façon irrégulière depuis deux ans. Elle a perdu sa carte de vaccination il y a plusieurs années.

Groupe 1 :

1. Mise en situation : préparer le jeu de rôle sur le cas (accueil, entretien, anamnèse, explication et proposition du traitement prophylactique...) ;
2. Le groupe choisit qui vont jouer le cas ; les autres vont observer et faire les commentaires après.

Groupe 2 :

1. Compléter la fiche de prise en charge (formulaire clinique) et le pictogramme.
2. Quelle sera la prise en charge médicale ?

Groupe 3 :

Faire l'intégration du cas clinique dans le service de PF.

Groupe 4 :

Faire l'intégration du cas clinique dans le service de VIH.

3. Plénière/20 min

1. Les 2 premiers groupes présentent les résultats de travaux en 10 minutes chacun. Accordez 5 minutes au grand groupe de faire des commentaires après chaque présentation. Après la présentation de deux premiers groupes, le facilitateur complète les réponses et fait un commentaire général sur le jeu de rôle.
2. Le groupe 3 présente le résultat de leur travail pendant 5 minutes. Accordez 5 minutes au grand groupe de faire les commentaires.
3. Le groupe 4 présente le résultat de leur travail pendant 5 minutes. Accordez 5 minutes au grand groupe de faire les commentaires.
4. Clarifiez les réponses des groupes 3 et 4 en présentant les schémas de l'intégration (voir les schémas en annexe du guide de formation)

Etape 3: Clôture et transition/5mn

1. Informez les participants qu'il y a en annexe deux fiches d'intégration de VFEA dans les services de PF et VIH
2. Remerciez les participants d'avoir participé activement dans la période de la session

Présentation du cas clinique : Brigitte, adolescente de 16 ans (à imprimer)

Brigitte, âgée de 16 ans, vient au centre de santé amenée par sa mère le 2/01/2004. Elle dit avoir été agressée par Mr Y, âgé de 24 ans, son voisin, le 31 décembre 2003 après minuit. Elle a été tirée par les cheveux. Elle présente un hématome à l'occiput, des signes de strangulation sur le cou. Elle a un hématome de 2 cm sur chaque joue, son poignet droit montre des striures rouges suite à un attachement par une corde, le côté intérieur de la cuisse gauche a des griffures de 10 cm, l'intérieur de la cuisse droite des griffures de 3 cm. L'examen gynécologique montre l'évidence d'une perforation de l'hymen. Le doigtier révèle des traces de sang coagulé. Il y a de petites déchirures et éraflures à l'entrée du vagin à trois et dix heures. TA: 130 /80, Pouls : à 85/min, T°: 37°8.

Informations complémentaires : elle a des règles de façon irrégulière depuis deux ans. Elle a perdu sa carte de vaccination il y a plusieurs années.

Questions et travaux de groupe.**Groupe 1 :**

1. Mise en situation : préparer le jeu de rôle sur le cas (accueil, entretien, anamnèse, explication et proposition du traitement prophylactique...) ;
2. le groupe choisit qui vont jouer le cas ; les autres vont observer et faire les commentaires après.

Groupe 2 :

1. Compléter la fiche de prise en charge (formulaire clinique) et le pictogramme.
2. Quelle sera la prise en charge médicale?

Groupe 3 :

1. Faire l'intégration du cas clinique dans le service de PF.

Groupe 4 :

1. Faire l'intégration du cas clinique dans le service de VIH.

Session III.10. Documenter la VFEA

Objectifs d'Apprentissage

À la fin de cette session, les participants seront capables d(e) :

1. Décrire l'importance de documenter la VFEA.
2. Enumérer les caractéristiques liées à la description des blessures constatées au cours de l'examen physiques.
3. Enumérer les différentes catégories de blessures.

Durée 55 minutes

Supports :

Lap top, appareil vidéo projecteur, chevalet, scotches, flip chart, marqueurs et film audio-visuel sur la documentation.

Préparation

1. Examinez le module de formation pour être sûr que vous en comprenez le contenu, la méthodologie et le temps imparti à chacune des étapes.
2. Préparation du film audiovisuelle sur la documentation: C48, et C106)
3. Préparation de la présentation en power point,

Procédure

Etape 1 : Brainstorming/10 minutes

1. Expliquez aux participants que cette étape se concentrera sur la documentation de la violence faite aux enfants et adolescents ;
2. Facilitez une brève discussion de groupe en utilisant la question suivante :
Quel est le but de votre documentation ? Quoi documenter ? Où documenter la VFEA ?

Les exemples de réponses peuvent inclure : créer un dossier sur les soins et le traitement, rappeler le prestataire de la visite précédente de la cliente, informer un nouveau prestataire des maladies préexistantes, etc.

3. Faites une présentation PowerPoint sur les principes clés de la documentation de la VFEA.

Etape 2 : Présentation PowerPoint /15mn

Le but de la documentation étant d'aider le prestataire a :

- Comprendre l'importance de la documentation de l'incident chez l'enfant
- Noter, décrire et classer les lésions et les blessures
- Conserver les données des survivants des VFEA dans le strict respect de la confidentialité.

1. Pourquoi documenter la VFEA ?

- a. **Pour des questions Juridiques relatives au professionnel de santé :** il est d'obligation professionnelle de noter les détails de toute consultation avec l'enfant survivant des VFEA et ou son accompagnant. Les notes doivent refléter ce que Le survivant des VFEA a dit, ce qui a été vu et quels services/soins ont été fournis.
- b. **Pour des questions juridiques relatives au patient :** Les dossiers médicaux peuvent être utilisés comme preuves au tribunal si le tuteur ou les responsables de l'enfant survivant des VFEA portent plainte à la justice ou à la police. Le fait de documenter les conséquences sur la santé peut aider les procédures juridiques, en particulier pour documenter les violences passées ou présentes.
- c. **Pour une bonne pratique clinique dans l'offre des services VFEA :** La documentation peut alerter un autre prestataire (qui peut ou pourra soigner l'enfant ou l'adolescent plus tard) par rapport à son expérience de la VFEA, et l'aider à fournir les soins adaptés et les soins de suivi.

2 .Où documenter la VFEA, et Quoi documenter ?

On documente la VFEA à partir des éléments ou à partir des informations consignés dans les formulaires cliniques du survivant des VFEA et non pas ailleurs.

On document notamment :

- ✚ Les antécédents sur l'expérience vécu par l'enfant ou l'adolescent survivant des VFEA :
 - Comment Identification et l'exploration clinique du survivant ?
 - Quand est ce que l'incident est arrivé ?
 - Qui a commis les actes de violence chez l'enfant ?
 - Que s'est-il passé et dans quelles circonstances?
- ✚ Les Services de Santé et Médicaux reçus:
 - Le bilan des services médicaux fournis au survivant (examens cliniques et paracliniques, tests de laboratoires et résultats, médicaments fournis, etc.).
 - L'état mental de l'enfant ou de l'adolescent.
 - La planification de la sécurité et les références effectuées.
- ✚ Les lésions et ou signes physiques occasionnés par les VFEA :
 - Types de lésions, localisation, taille et aspect des blessures
 - La description des lésions et des blessures et non l'interprétation des lésions,
 - La classification et types lésions / blessures rapportées sur le pictogramme,
 - Conservation du dossier du survivant dans un lieu fermant et confidentiel.

Note :

- a. Parlez à votre cliente de ce que vous voyez, et de ce que vous voudriez noter. Demandez-lui sa permission pour noter ce que vous voyez. Respectez ses souhaits. Si elle ne veut pas que vous notiez ce que vous voyez, ne le notez pas.
- b. Vous avez un devoir professionnel, légal et éthique de maintenir et respecter la confidentialité des patients. Les dossiers et les informations des patientes sont strictement confidentiels.
- c. Ne documentez pas la VSBG ailleurs que sur les formulaires de documentation de la VFEA.

Les dossiers des clientes doivent être conservés et enfermés dans une armoire de classement. L'accès aux dossiers des clientes doit être réservé aux prestataires et conseillers. Seules les personnes qui ont accès aux dossiers des clientes doivent avoir une clé de l'armoire de classement verrouillée.

Etape 3: Descriptions des lésions et pictogramme/25mn

Le prestataire ayant examiné l'enfant doit indiquer ce qu'il observe en mots et doit marquer l'observation sur les diagrammes de la documentation ou pictogramme.

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 le périnée ou l'intérieur des cuisses.

Fiche III.8.b : Les différentes caractéristiques d'une blessure peuvent inclure :

Caractéristique	Notes
Site	Notez la position anatomique de la (des) blessure(s).
Taille	Les dimensions de la (des) blessure(s) doivent être mesurées avec une règle.
Forme	Décrivez la forme de la (des) blessure(s) (autrement dit, si elle est linéaire, arrondie, irrégulière).
Alentours	Notez la condition des tissus aux alentours ou environnants (contusionnés, gonflés).
Couleur	L'observation de la couleur est particulièrement importante lorsque vous décrivez les contusions.
Sens	Commentez la direction apparente de la force appliquée (pour les abrasions),
Contenu	Notez la présence de tout corps étranger dans la blessure (c'est-à-dire, poussière, verre).
Âge	Commentez tout signe de guérison. Noter que la détermination précise de la cicatrisation est impossible et il faut faire très attention lorsque vous commentez cet aspect.
Contours	Les caractéristiques des contours de la (des) blessure(s) (autrement dit, peut confirmer le récit de la cliente concernant l'utilisation d'une arme).
Classification	Utilisez une terminologie acceptée à chaque fois que cela est possible (autrement dit, abrasion, contusion, etc.)
Profondeur	Donner une indication de la profondeur de la (des) blessure(s); cela peut être une estimation.

Exemple de lésions à décrire et rapporter sur le pictogramme



Crédit Photo: <http://www.medcomrn.com/cgi-bin/mssny/edu/qpage0?tyTPI9oq;MSSNY0102->

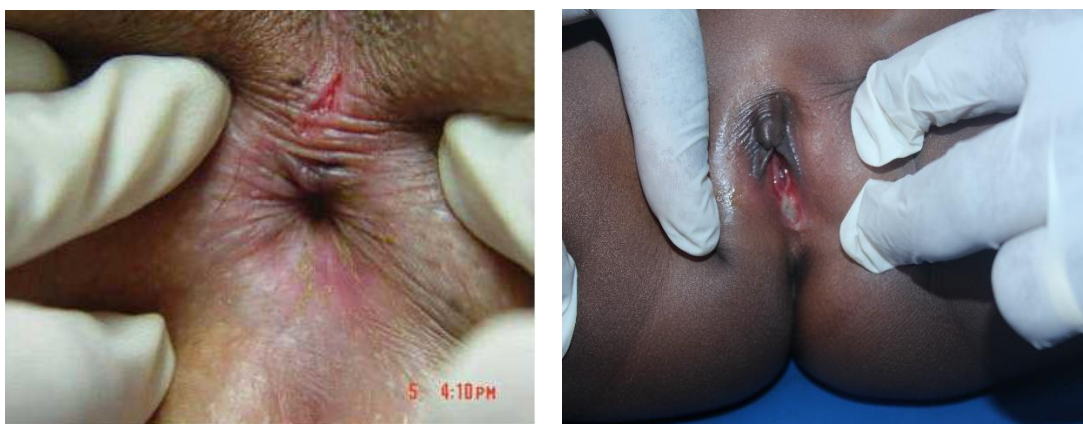


Photo Credit: <http://aibolita.com/sundries/8542-physical-examination.html>

Etape 4 : Clôture et transition/5mn

1. Remerciez les participants d'avoir participé activement
2. demandez s'il n'y pas une question pour passer à la partie suivante

Session III.11. Collecte des preuves médico-légales

1. Objectifs d'apprentissage

A la fin de cette séance de formation, les participants seront capables de :

1. Décrire le but de l'examen médico-légal,
2. Décrire les avantages et les limites de l'examen médico-légal et du certificat médico-légal.
3. Orienter de survivant de VFEA pour une assistance judiciaire.

Durée : 1 heure

Supports :

- Feuilles de flip chart, trépied, marqueurs, Ordinateur et projecteur, Film audiovisuelle si besoins

Préparation

1. Examinez le module de formation pour être sûr que vous en comprenez le contenu, la méthodologie et le temps imparti à chacune des étapes.
2. Film sur l'importance des preuves médico-légales (D27).
3. Préparation du film audiovisuel sur la collecte de preuves (D3, D6, D16, D18, D19),
4. Film sur la communication et diffusion des preuves (D24, D26)
5. Préparez une présentation en PowerPoint sur le processus médico-légal,

Procédures

Etape 1. Brainstorming/ 10 minutes

1. Facilitez la discussion avec les questions suivantes :
 - Quel est le but d'un certificat médical ?
 - Quel est le processus pour obtenir ce certificat médical ?
 - Quels sont les avantages et les limites du processus médico-légal ?

Etape 2. Présentation PowerPoint sur le processus médico-légal/ 45 minutes

1. Les preuves médico-légales sont recueillies sur le corps d'un survivant afin de confirmer son récit des faits.
2. Les preuves recueillies sur le corps sont souvent utilisées pour :
 - Faire avancer l'enquête sur le cas
 - Appuyer les poursuites judiciaires
 - Identifier l'agresseur
 - Établir l'utilisation de la force
 - Indiquer si la survivant a été capable de donner son consentement (s'il s'agit d'une agression sexuelle)

Ces « preuves » font référence à la documentation des blessures génitales et de l'état émotionnel du survivant.

De plus, des échantillons ou des prélèvements peuvent être faits sur :

- Le corps
- Les vêtements
- La salive
- Le liquide séminal
- Le sang
- L'urine
- Les cheveux
- Les échantillons de fibre
- Les débris

Dans certains pays, un survivant ***n'est pas obligé*** de subir un examen médico-légal si la Survivante choisie d'avoir recours à la justice contre son agresseur. D'autres pays ***exigent*** du survivant qu'elle subisse un examen médico-légal si la Survivante choisie d'avoir recours à la justice contre son agresseur.

Le Burundi exige que les Survivantes subissent un examen médical si elles ont recours à la justice.

Note :

Le facilitateur insiste en rappelant les participants sur les étapes de l'examen physique des enfants et des adolescents sont parfois différents de celles de l'examen physique des survivantes adultes, bien que le processus puisse sembler similaire.

Les spécificités pour les enfants sont les suivantes :

1. Les étapes de l'examen de l'enfant :

- a. Assurez-vous d'enregistrer la taille et le poids de l'enfant, car la négligence peut coexister avec des sévices sexuels et autres sévices physiques.
- b. Notez toute ecchymose, brûlure, cicatrice ou éruption cutanée ; décrivez soigneusement la taille, l'emplacement, et la couleur de ces blessures.
- c. Dans la bouche/le pharynx, notez les pétéchies du palais ou du pharynx postérieur et recherchez toute déchirure du frein.
- d. Vérifiez s'il y a des signes indiquant que la force et/ou les contraintes ont été utilisées, en particulier autour du cou et des extrémités.

- e. Enregistrez le développement sexuel de l'enfant et vérifiez si les seins présentent des signes de blessure.

2. Examen de l'état mental chez les enfants

L'examen de l'état mental chez les enfants n'est effectué que sur quelques aspects, notamment :

- **Apparence et comportement** : L'enfant peut sembler anxieux, extrêmement craintif, agité ou hyperactif. Certains enfants peuvent être hostiles et défensifs.
- **Humeur et affect** : il est important d'enregistrer ce que l'enfant ressent dans ses propres mots, en notant également comment il exprime ses sentiments.

Fiche III.8.a Tableau. Considérations générales d'examen médico-légal

Consideration	Raison d'être
Portez des gants tout au long de la procédure de collecte de preuves ; changez fréquemment de gants lors de l'examen des différentes parties du corps.	Prévenir la contamination possible des échantillons et l'exposition au sang ou à d'autres fluides corporels.
Récoutez les preuves le plus rapidement possible après les faits.	La probabilité de pouvoir obtenir des échantillons viables diminue avec le temps.
Si vous devez récolter des échantillons pour des tests médicaux et pour des analyses médico-légales, recueillez d'abord les échantillons médico- légaux.	Il existe une probabilité accrue d'obtenir du matériel biologique avec les premiers échantillons recueillis.
Manipulez correctement les échantillons.	Assurez-vous que les échantillons sont correctement emballés, séchés et transportés. Les preuves sur des tissus ou des vêtements doivent être emballés séparément dans des sacs en papier.
Étiquetez correctement les échantillons	Étiquetez clairement tous les échantillons avec le nom du patient, sa date de naissance, la source de l'échantillon, la date et l'heure du prélèvement et le nom ou les initiales du prestataire (selon les politiques en vigueur).
Protégez efficacement les échantillons	Les échantillons doivent être emballés hermétiquement pour éviter qu'ils soient altérés.
Faites en sorte qu'un minimum de personnes manipule les preuves/échantillons	Vous aurez ainsi de meilleures chances de préserver l'intégrité de la chaîne de garde.

A. Où les examens médico-légaux sont-ils effectués ?

- ☐ Les examens médico-légaux sont souvent effectués dans les hôpitaux, et les centres spécialisés dans la PEC des VSBG.
- ☐ Il arrive moins souvent que les examens soient conduits dans les centres de santé qui ont un médecin.

B. Qui peut effectuer des examens médico-légaux ?

- ☐ Les médecins, les médecins légistes, (infirmières médico-légales) peuvent effectuer les examens médico-légaux.
- ☐ Bien que certains pays ne disposent pas de protocoles sur la manière de recueillir des preuves médico-légales, il est fortement recommandé que la personne qui assure l'examen suive une formation technique de 40 heures.

C. Traitement des Preuves Médico-Légales

- ☐ Pour que les preuves médico-légales soient traitées efficacement, une « chaîne de responsabilité » sécurisée doit être établie afin d'éviter que les preuves soient compromises ou qu'elles ne fassent l'objet de contamination croisée.
- ☐ Une « chaîne de responsabilité » fait référence à la documentation chronologique sur:
 - La manière et le moment où les preuves ont été recueillies
 - La personne qui a recueilli les preuves
 - La manière dont les preuves ont été conservées
 - De même que la limitation du nombre de personnes ayant accès aux preuves post-examen.

Collecte de preuves en fonction de la nature d'agression

Type/nature de l'agression	Collecte de preuves	Echantillons possible	Équipement	Instructions de prélèvement
Pénétration orale avec le pénis avec ou sans éjaculation	Tampon oral	Liquide séminal si le prélèvement a lieu moins de 2 jours après une pénétration orale	Cotons-tiges stériles	Utiliser deux tampons secs pour tamponner/frotter sur la cavité orale (p. ex. sous la langue, autour des dents, des joues et des gencives)

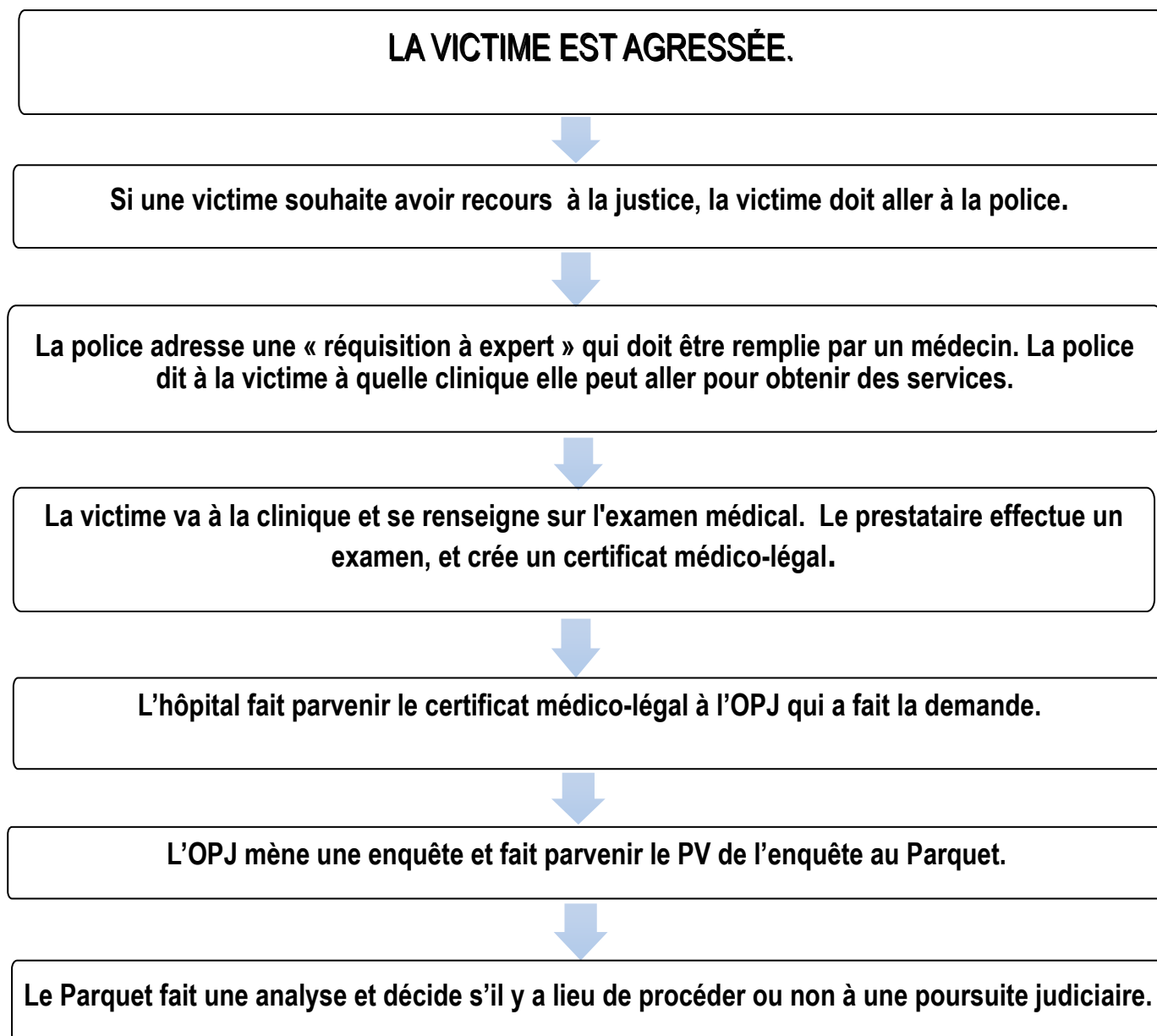
Pénétration anale avec le pénis /contact oral de l'anus	-Anorectal : -Péri-anal -Canal anal	Fluides corporels; autres matières	Cotons-tiges Eau stérile	Mouiller le premier tampon avec de l'eau stérile et tamponner/frotter les plis et la zone péri-anale ; répéter avec le deuxième tampon sec. Avec deux autres tampons, répéter la même procéduresur le canal anal.
Pénétration vaginale avec le pénis ou autre contact entre organes génitaux	Organes génitaux internes et externes	-Fluides corporels -Autres corps étrangers	-Coton tiges Eau stérile Spéculum Lubrifiant	1. Mouiller le premier tampon avec de l'eau stérile et tamponner/frotter entièrement les organes génitaux externes ; répéter avec le deuxième tampon sec. 2. Insérer un tampon sec dans le tiers inférieur du vagin et exécuter un délicat mouvement de rotation pour prélever un échantillon ; répéter avec un deuxième tampon sec. 3. Avec le spéculum en place, utiliser deux tampons secs, pour tamponner et prélever la surface du col de l'utérus et les parois vaginal.
Si le patient porte les mêmes vêtements que lors de l'agression ; garder le slip uniquement si le patient a changé de vêtements depuis l'agression	Vêtements	Corps étrangers collés (p. ex. sperme, sang, poils, fibres)	Sacs en papier	Les vêtements portés lors de l'agression doivent être placés dans un sac en papier ; les articles mouillésdoivent être séchés si possible ;

Si le patient portait un tampon, une serviette hygiénique ou une couche culotte lors de l'agression ou immédiatement après ; si un préservatif est trouvé dans ou sur le corps du survivant après l'agression	Serviette hygiénique, tampon, doublure de slip, couche, préservatif	Fluides corporels ; autres corps étrangers (p. ex. sperme, sang, poils)	Récipient approprié Petite pince	Garder si utilisé durant ou après une pénétration vaginale ou anale Préservatifs : Utiliser une petite pince pour fermer l'extrémité ouverte et placer dans un récipient stérile
---	---	---	-------------------------------------	---

D. Dans le Contexte du Burundi

- ☐ Les Survivants doivent subir un examen médical si elles ont recours à la justice contre l'agresseur.
- ☐ Le processus a lieu comme l'indique le diagramme en bas :

Diagramme des processus poursuivi au Burundi



Assistance de l'officier de police judiciaire (OPJ)

- L'OPJ prend la déposition du survivant et se procure les informations nécessaires à l'enquête sur les crimes présumés ;
- L'OPJ délivre une réquisition à expert à l'intention du médecin pour l'établissement du certificat médico-légal ;
- L'OPJ procède aux auditions des survivants des VFEA et des éventuels témoins ;
- Les auditions doivent se faire dans le respect et la dignité du survivant ;
- L'OPJ commence immédiatement son enquête, même si le certificat médico-légal ne lui a pas encore été remis ;
- Lorsqu'il dispose de suffisamment d'éléments, l'OPJ procède à l'arrestation du présumé auteur et transmet le dossier au magistrat ;
- Il est à noter que les « règlements à l'amiable » sont déconseillés et demeurent dans tous les cas répréhensibles dans les cas de crimes et violences sexuelles.

Le rôle de l'OPJ est déterminant à toutes les étapes des procédures judiciaires. L'OPJ doit veiller à la sécurité du survivant avant, pendant et après les démarches juridiques et judiciaires :

- ✓ Evaluer la sécurité du survivant et définir une stratégie de sa protection ;
- ✓ Fournir une sécurité conforme aux besoins ;
- ✓ Permettre un accompagnement psychosocial pendant le procès ;
- ✓ Assurer l'accès à un abri sûr à court terme.

Après avoir bénéficié des soins médicaux et psychologiques éventuellement nécessaires, le survivant est orienté chez l'OPJ où il est informé par ce dernier sur tout le processus judiciaire : dépôt de la plainte, ses avantages ou éventuels inconvénients y afférents. Cependant, le dépôt de la plainte n'est pas un prérequis pour qu'une enquête judiciaire soit diligentée par les autorités policières et judiciaires. Néanmoins, le consentement du survivant est requis et doit être libre et éclairé.

Le dépôt de la plainte est effectué, à titre gratuit, auprès de l'OPJ. Les OPJ sont compétents pour recevoir la plainte et procéder à l'enclenchement des procédures subséquentes, dans les plus brefs délais. La plainte est reçue, même en l'absence d'un certificat médico-légal, dont la délivrance n'est nullement une condition préalable au processus d'investigation, mais une preuve (médico-légale) complémentaire à verser dans le dossier. Toutefois, il est conseillé que l'OPJ l'obtienne pour la bonne réussite de la plainte.

Il est recommandé aux médecins de conserver soigneusement tous les éléments qui pourraient aider à établir le certificat d'expertise médical le moment venu.

En cas d'infraction constitutive de VFEA, l'Officier de Police Judiciaire (OPJ) est habilité de procéder à une enquête préliminaire. Celle-ci consiste à rechercher les auteurs des infractions à la loi pénale, de réunir les indices et de les mettre à la disposition du Ministère Public (Article 3 du CPP).

L'OPJ prend connaissance d'un cas de VFEA, soit, par dénonciation par le survivant ou ses ayant-droits (les parents ou le tuteur pour les mineurs, etc.), ou toute personne ayant pris connaissance de l'infraction, soit par une plainte du survivant ou de ses ayant-droits, ou enfin, par une prise de connaissance directe : médias, échanges, discussions, présence sur les lieux, etc.

L'OPJ en charge du dossier écoute les plaintes et rédige un procès-verbal d'audition qui constitue le dépôt de plainte. Il a une obligation de saisine d'office et d'information du procureur de la République (Article 2, 6 et 10 al. 2 du CPP). Le cas échéant, l'OPJ rédige une réquisition qui est une demande de constat de l'agression par un médecin expert agréé par le gouvernement qui a pour mission d'effectuer une expertise médicale. Ce dernier examine le survivant et établit sous serment un certificat d'expertise médical qui servira de preuve.

Rôle de l'Officier du Ministère Public (OMP) : Magistrat :

- Au terme de l'enquête préliminaire, l'OPJ transmet le dossier à l'Officier du Ministère Public.
- A son tour, l'OMP procède à l'instruction du dossier conformément aux dispositions du Code de Procédure Pénale. Pour cela, il pose les actes ayant pour objet de rechercher l'auteur de l'acte constitutif de VFEA, rassemble les preuves et prends des mesures destinées à permettre à la juridiction de statuer en connaissance de cause.
- Au cours de l'instruction, il informe le survivant ou son représentant de la procédure et de l'importance de se constituer partie civile.
- S'il estime avoir rassemblé les éléments suffisants à charge de l'inculpé, il communique le dossier à la juridiction compétente pour fixation en audience publique.
- Si la décision est rendue, l'OMP veille à ce que la peine prononcée contre le prévenu soit exécutée.

Assistance d'un Avocat

Subsidiairement au consentement du survivant pour effectuer un recours judiciaire, son accompagnement et sa représentation lors des démarches, la constitution du dossier, le suivi de la procédure et de l'exécution du jugement font partie de l'aide judiciaire à fournir par son avocat-conseil.

Les mesures élémentaires sont prises afin que le survivant et son avocat-conseil puissent échanger dans un environnement protégé et sécurisé.

L'avocat-conseil se doit d'informer de façon régulière le survivant de toutes les étapes d'avancement du dossier, des procédures en cours et des éventualités quant à leurs suites.

Il est à signaler que la confidentialité des informations que le survivant confie à son avocat-conseil doit être respectée et des mesures sont prises en ce sens afin d'en éviter la propagation en dehors des conditions respectueuses du procès.

Rôle du Médecin requis comme expert en matière de VFEA

Conformément à la loi, le médecin du gouvernement requis est appelé à examiner le survivant et rédiger un certificat d'expertise médicale en deux exemplaires (un pour la police, et un doit rester à l'hôpital) pour le survivant, et la direction de l'hôpital doit le faire parvenir à la police chez l'OPJ ayant rédigé l'expertise.

Qu'est-ce qui est mentionné dans le certificat médical?

1. Le nom et prénom du survivant
2. La date et l'heure de l'examen
3. Le récit des faits par la Survivant
4. Les résultats de l'examen physique
5. Une liste des résultats des examens supplémentaires effectués
6. Le nom et la signature de la personne qui effectue l'examen et le numéro d'enregistrement du médecin.

Un certificat médico-légal ne peut être rédigé que par un médecin autorisé à prêter sur le sol Burundais. Ce médecin reçoit une réquisition à expert ou réquisition pour expertise médicale. Celui-ci a l'obligation de rédiger le certificat médico-légal et de collecter les preuves légales conformément aux instructions nationales. C'est le seul document qui peut aider à l'établissement de l'infraction.

Formulaire d'une réquisition à expert au Burundi

REPUBLIQUE DU BURUNDI
 MINISTERE DE LA JUSTICE
PARQUET DE BUJUMBURA-RURAL

RMP N°

RMP N°

REQUISITION A EXPERT ET PRESTATION DE SERMENT

Art 98 du CP

(Loi1/015 du 20juillet 1999)

L'an deux mille le jour du mois de

Nous, Officier du Ministère Public près le Tribunal de

..... (ou Officier de Police Judiciaire à)

En vertu de l'article 98 du code de Procédure Pénale.

Requérons, M.

De nous prêter son Ministère Public comme expert dans l'affaire à charge du
 (de la) nommé. RMP.n°

Nous lui avons donné mission :

L'expert requis a accepté cette mission et avant de l'accomplir a prêté le
 suivant : « Je jure d'accomplir ma mission et de faire mon rapport en honneur
 et conscience: ».

De tout quoi, nous avons dressé le présent procès-verbal.

L'EXPERT REQUIS

L'OFFICIER DU MINISTERE PUBLIC

Formulaire du rapport médical

REPUBLIQUE DU BURUNDI

Province sanitaire :

District sanitaire :

Formation sanitaire :

CERTIFICAT MEDICO LEGAL

Référence : - Officier de Police Judiciaire :

- RMP n° :

- Personne examinée :

L'an.....Le..... Jour du mois de..... nous,
Dr..... Médecin du Gouvernement du Burundi, sur réquisition à expert
en date dede Monsieur / Madame.....,
Officier de Police Judiciaire à compétence générale, après avoir prêté le serment usuel.

Je jure d'accomplir ma mission et de faire mon rapport en honneur et conscience certifie avoir
examiné le/la nommé(e).....et avoir constaté ce qui suit :

.....
.....
.....

Fait à, le / /

Nom du Médecin du Gouvernement

Cachet et signature du Médecin

Etape 3. Clôture et transition/ 5 min

1. Accordez 2 à 3 minutes aux participants pour poser des questions ou s'ils ont des ajouts,
2. Répondre à des éventuelles questions se basant sur le contexte du pays
3. Conclure en remerciant les participants pour avoir participé activement

Session III.12. Orientation vers d'autres services

Objectif d'apprentissage

A la fin, les participants sont capables de :

1. Décrire ce qu'est l'orientation efficace vers un autre service
2. Décrire les organisations disponibles pour un survivant de VFEA,
3. Orienter efficacement un enfant ou adolescent survivant de VFEA ou ayant des antécédents de VFEA.

Durée :55 min

Support

- Ordinateur, vidéoprojecteur, flip chart, marqueur, trépied
- Manuel du prestataire pour s'y référer en rapport avec les fiches d'orientation et les formulaires d'orientation et de divulgation d'informations confidentielles

Préparation

1. Examiner le contenu de la session pour être sûr que vous comprenez le contenu, la méthodologie et le temps imparti à chacune des étapes,
2. Préparez une présentation en PowerPoint sur l'orientation efficace vers d'autres services
3. Imprimez 4 fiches d'orientation vers d'autres services pour les travaux de groupe :
 - Fiche d'orientation vers des services médicaux
 - Fiche d'orientation vers des services psychosociaux
 - Fiche d'orientation vers des services juridiques
 - Fiche d'orientation vers des services financiers
4. Film d'illustration sur le système de référence et contre références (voir Vidéo 9 : Système de référence...)

Procédure

Etape 1. Introduction/5minutes

1. Dites aux participants que cette session va se consacrer à l'orientation du survivant vers d'autres services non disponibles dans la formation sanitaire.

Etape 2. Travaux de groupe 25 minutes

1. Faire un brainstorming sur une orientation quand, comment et vers où et pourquoi orienter les survivants des VFEA
2. Constituer 4 équipes pour les travaux de groupes en précisant que chaque groupe va compléter une fiche d'orientation
3. Distribuez 4 fiches qui vont servir de support pour les travaux de groupes, et expliquer que chaque fiche doit contenir les éléments d'une bonne orientation
 - Fiche d'orientation vers des services médicaux

- Fiche d'orientation vers des services psychosociaux
- Fiche d'orientation vers des services Juridiques
- Fiche d'orientation vers des services Financiers
 - a. Écrivez autant d'organisations qui vous viennent à l'esprit
 - b. Dressez la liste des services que ces organisations offrent.
 - c. Notez votre travail sur la feuille de flip chart

Etape 3. Restitution des Travaux de groupe /10 min

Commentaires en plénière, et analyser ensemble que les travaux sont réalistes

Etape 4. Présentation en powerPoint et film audiovisuelle 10 minutes

Catégories des besoins d'un survivant de VFEA :

1. Besoins médicaux
2. Besoins psychosociaux
3. Besoins financiers
4. Besoins juridiques

Composantes d'une bonne orientation :

1. Répond au besoin le plus pressant de la cliente à ce moment-là.
2. Décrit les services compétents disponibles pour la cliente, et le coût de ces services.
3. Informe la cliente de la manière d'accéder à ces ressources.
4. Inclut le nom d'une personne à contacter dans l'agence vers laquelle la Survivante a été orientée et si possible, l'adresse de l'agence (certains lieux doivent rester confidentiels pour la sécurité de leur clientèle.)
5. Inclut les jours et heures auxquels les services sont disponibles pour les clients.
6. Un membre du personnel aide une cliente à accéder aux ressources vers lesquelles elle a été orientée.

Procédure de rédaction d'une référence

1. Pour l'orientation d'une cliente vers une ressource communautaire, un prestataire doit obtenir le consentement de la cliente de divulguer les informations confidentielles.
2. La cliente doit signer son consentement (confère le formulaire de divulgation d'informations confidentielles)
3. La cliente doit être informée sur la structure d'orientation (confère le formulaire d'orientation)

Les avantages de l'orientation

1. Les clientes peuvent bénéficier de services qui répondent à leurs besoins immédiats.
2. Les clientes peuvent développer/étendre leur réseau de soutien. Cela restaure le sentiment de pouvoir et de contrôle de la cliente.

3. L'accès aux ressources communautaires est une étape du processus de guérison.

Compte tenu des difficultés que les enfants et adolescent survivant des VFEA affrontent, insistez sur l'importance de la planification de la sécurité pour réduire les dommages.

Le prestataire doit se préparer à l'idée que la cliente les tuteurs de l'enfant peut refuser n'importe quel ou tous les services vers lesquels elle est orientée. La cliente peut avoir besoin de temps pour assimiler les informations, ou pour réfléchir sur son expérience.

Le simple fait qu'une cliente refuse une intervention pendant une visite ne signifie pas qu'elle refusera une intervention pendant les futures visites.

Par conséquent, le suivi auprès des clientes pendant les visites ultérieures est important. Il faudra dire aux clientes qu'elles peuvent retourner à la clinique à tout moment, si elles décident qu'elles souhaitent être orientées vers un service.

La création de liens solides d'orientation mutuelle entre des enfants/familles et les prestataires est très importante pour une action coordonnée.

Etape 5. Clôture et transition/ 5 minutes

Demandez aux participants si les objectifs de la session ont été atteints.

Concluez en remerciant les participants d'avoir participé activement.

Précisez que les prestataires de soins et services voient régulièrement le survivant de sorte qu'ils doivent être préparés à faire appel aux services appropriés de santé et de soutien communautaire pour une bonne guérison.

FICHE DE REFERENCEMENT

PARTIE : REFERENCE

Le prestataire oriente la survivant de violence et d'abus ou ses accompagnants vers la FOSA et lui donne d'autres informations sur l'existence des services de prise en charge spécialisés tels que la police, le CDFC, centre HUMURA, SERUKA, NTURENGAHO et d'autres associations qui soutiennent les enfants ou adolescent Survivants des abus et d'autres agressions sexuelles.

Utilisez le langage ci-dessous comme guide.

Si l'enfant ou l'adolescent a signalé des actes de violence ou d'abus, expliquez lui ou son tuteur/accompagnant:

"Je suis désolé que cela soit arrivé. Il existe des groupes et des institutions qui pourraient vous offrir de l'aide. Je voudrais en mentionner quelques-uns afin que vous les connaissiez et que vous puissiez décider s'ils pourraient vous offrir une aide qui vous serait utile. Il s'agit notamment des FOSA, des bureaux de police judiciaire, le CDFC, etc..... (indiquez ceux qui sont spécifiques à votre région)

*** Note aux prestataires qui ne disposent pas de tout le paquet de PEC des enfants**

si l'enfant a été Survivant de l'agression sexuelle, en particulier sans préservatif :

Informez qu'il est essentiel de se rendre dans un autre établissement de santé pour prévenir le VIH et la grossesse. Insistez sur le fait qu'il existe des médicaments auxquels ils peuvent accéder pour prévenir le VIH s'ils le font dans les 48 heures suivant l'exposition. En outre, il existe une contraception d'urgence qu'ils peuvent prendre pour éviter une grossesse non désirée si elle est prise dans les 120 heures.

Expliquez que si cette fenêtre de temps est dépassée, ils peuvent toujours se rendre dans une FOSA pour y subir un test de dépistage du VIH, des IST, une grossesse et recevoir un traitement et des conseils.

Enregistrer la référence après avoir obtenu un consentement signé du survivant ou de son accompagnant

Le prestataire a expliqué la référence à la cliente: Nom de la FOSA Origine :.....

☐ Référence acceptée. Nom et emplacement du service : _____

☐ Référence refusée. Nom et emplacement du service : _____

☐ Déjà accédé aux services de VBG

Si la cliente a déjà accédé aux services de VBG, spécifiez le type de service (cochez tout ce qui s'applique) :

☐ Santé : PPE au VIH, IST, CU, Hépatite B,

☐ CDFC

☐ Police

☐ Juridique

Date et signature.....

Nom et prénom du prestataire

FORMULAIRE D'ORIENTATION VERS D'AUTRES SERVICES

Ce formulaire doit être lu à haute voix à la cliente dans la langue maternelle de la cliente. Les informations qui figurent dans ce document doivent être expliquées à la cliente de manière à ce que la cliente puisse prendre une décision informée quant au partage d'informations confidentielles relatives au dossier médical et/ou à un incident de VFEA.

Organisme de référence :

Nom de l'organisme :

Coordonnées de l'organisme.

Téléphone :

Adresse :

Personne à contacter

Informations sur la cliente

Nom de la cliente :

Âge de la cliente :

Coordonnées On peut contacter la cliente sans risque en utilisant les coordonnées fournies. Téléphone :

☐ Oui ☐ Non

Adresse :

Justification pour la référence (c'est-à-dire, résumé du cas) :

Instructions données à la cliente :

Détails sur la référence.

La cliente a signé le _____ formulaire sur le _____
☐ Oui ☐ Non *Expliquez :* _____ consentement de la
 divulgation _____ d'informations confi-
 dentielles.

La référence a été ☐ Téléphone ☐ Email ☐ Fax ☐ En personne faite via :

Le suivi du ☐ Téléphone ☐ Email ☐ Fax ☐ En personne prestataire est attendu
 par:

Des documents ☐ Non ☐ Oui *Expliquez :* supplémentaires ont-ils été

_____ inclus dans la référence (par

_____ exemple, dossier médical) ? _____

Adresse de la structure qui réfère : _____

Nom :

Adresse physique :

Téléphone :

Formulaire sur le consentement de la divulgation d'informations confidentielles

FORMULAIRE SUR LE CONSENTEMENT DE LA DIVULGATION D'INFORMATIONS CONFIDENTIELLES

Ce formulaire doit être lu à haute voix à la cliente dans la langue maternelle de la cliente. Les informations qui figurent dans ce document doivent être expliquées à la cliente de manière à ce que la cliente puisse prendre une décision informée sur le consentement accordé pour partager des informations confidentielles à une partie externe.

Nom de la cliente :

Date d'autorisation de divulgation :

Date d'expiration :

____ / ____ / ____

____ / ____ / ____

JJ

MM

AA

JJ

MM

AA

Nom et titre du prestataire :

Je soussignée, _____, donne mon consentement à mon prestataire pour divulguer des informations concernant l'incident que je lui ai communiquées.

Je comprends que par suite de ce consentement mon prestataire divulguera des informations spécifiques sur ma santé et mon cas pour que je bénéficie de soins supplémentaires liés à l'incident, comprenant mais ne se limitant pas à : des soins médicaux ; des ressources légales ; du soutien psychosocial et financier.

Je comprends que **les informations communiquées resteront confidentielles et seront partagées uniquement si nécessaire** pour fournir une assistance.

Je comprends que je **peux retirer mon consentement à tout moment**, pour une raison quelconque.

I. Je donne mon consentement à mon prestataire pour transmettre les informations confidentielles aux institutions/personnes/organisations suivantes :

Consentement donné :		PRÉCISEZ LES ORGANISATIONS/INSTITUTIONS
OUI	NON	Examinez les spécificités suivantes de la référence avec la cliente. Cochez « oui » ou « non » en fonction des besoins de votre cliente en matière de référence.
☐	☐	Services psychosociaux (précisez) : _____
☐	☐	Assistance juridique (précisez) : _____
☐	☐	Police (précisez) : _____
☐	☐	Services de santé / Médicaux (précisez) : _____
☐	☐	Services financiers (précisez) : _____
☐	☐	Services d'hébergement (précisez) : _____
☐	☐	CDFC (précisez la zone géographique) : _____

II. Je donne mon consentement à mon prestataire pour divulguer les informations confidentielles suivantes :

Consentement donné :		INFORMATIONS CONFIDENTIELLES SPÉCIFIQUES.
OUI	NON	Examinez les spécificités suivantes avec la cliente. Cochez « oui » ou « non » en fonction des précisions de votre cliente.
☐	☐	Les informations relatives à ma santé (c'est-à-dire, mon dossier médical).
☐	☐	Un résumé de mes antécédents de violence
☐	☐	Les informations relatives à ma santé et mes antécédents de violence.
**	**	**Je veux uniquement partager les informations suivantes : _____ _____
Signature du survivant :		Écrire le nom : _____

Session III. 13. Gestion du stress du prestataire généré par la relation d'aide

Objectif d'apprentissage

A la fin de la session, les participants seront capables de :
Gérer le stress généré chez le prestataire par la relation d'aide survivant et chez le tuteur par la situation de la violence chez l'enfant.

Durée : 60 minutes

Support :

1. Lap top et LCD, marqueurs, scotch, flip charts, polycopié
2. Film vidéo sur comment prendre soins de vous : A 24.
3. Présentation PowerPoint : *Prise en charge de soi-même*

Préparation

1. Examinez le module de formation pour être sûr que vous en comprenez le contenu, la méthodologie et le temps imparti à chacune des étapes.
2. Vérifiez le matériel didactique
3. Préparation Présentation PowerPoint : *Prise en charge de soi-même*

Procédure

Étape 1 : Introduction / 10 minutes

1. Aidez les participants à décrire comment ils se sentent après avoir écouté un survivant qui raconte un récit très horrible enfant ou adolescent
2. Posez des questions sur l'origine des signes de l'état qu'ils viennent de décrire.
3. Demandez aux participants de penser aux différentes raisons pour lesquelles ils peuvent avoir de tels signes

Étape 2 : Définir le terme «la fatigue de compassion » / 5 minutes

1. Demandez aux participants de définir la fatigue de compassion en se référant à ce qui a été dit à l'étape 1.
2. Donnez la définition suivante : " un type de stress secondaire dont souffre le personnel soignant fréquemment exposé aux phénomènes post-traumatiques."
3. Montrer qu'il s'agit de l'impact de la prise en charge de survivants des VFEA sur la santé mentale des intervenants variés.

Étape 3 : Présentation PowerPoint – Prise en charge de soi-même / 20 minutes

1. Exposez la Présentation PowerPoint – « Prise en charge de soi-même » (outil du Formateurs III.12a).
2. A la fin de la présentation, facilitez une discussion et échange sur la prévention et la conduite à tenir en cas de la fatigue de compassion.
3. Demander à 2-3 participants sur leurs expériences antérieures de gestion de stress

Étape 4 : Pratique d'un exercice de relaxation / 20 minutes

1. Introduction de l'exercice en expliquant le processus à suivre.
2. Commencer par un exercice aidant à sentir notre corps
3. A l'aide de l'outil des formateurs III.12.b., introduisez l'exercice et rappelez qu'il faut bien suivre les informations.

Étape 5 : Clôture et Transition / 5 minutes

1. Après l'exercice, demandez à 3-4 participants de partager aux autres comment ils se sentent.
2. Insistez sur le fait que les intervenants doivent aussi penser à eux – mêmes, trouvez du temps pour se faire du bien afin qu'ils puissent avoir beaucoup d'énergies exigées par le travail d'accompagnement des survivants de VFEA.

**Outil des formateurs IV.4a : Présentation PowerPoint –
Prise en charge de soi-même.**

**PRENDRE SOIN DE SOI MEME DANS LE
TRAVAIL D'ACCOMPAGNEMENT DES
SURVIVANTS DE VSBG**

DEFINITIONS

- **Fatigue de compassion:** Impact de la prise en charge des survivants des VSBG sur la santé mental des professionnel
- Si la fatigue de compassion n'est pas soignée elle peut se transformer en **Traumatisme secondaire**. Le traumatisme secondaire touche les professionnels fréquemment exposés aux expériences posttraumatiques.
- Le professionnel chargé de la prise en charge des survivants des VSBG présente les mêmes signes /réactions/symptômes que les bénéficiaires (peur, insomnie, inappétence, auto-agressivité , colère envers le sexe opposé, sentiment d'avenir bouché, reviviscence de leurs propres scènes traumatiques, etc....)

DEFINITIONS(suite)

- **Epuisement professionnel:**
 - Le professionnel (non avisé) qui travaille avec les survivants des vsbg se sent toujours surchargé, peu valorisé; peu apprécié avec des difficultés relationnelles avec les collègues.
 - Deux symptômes caractéristiques:
 - Difficultés de gestion de temps.
 - Absence de priorisation des activités.

POURQUOI PRENDRE SOIN DE SOI?

- ❖ Certaines sources de stress courantes auxquelles les professionnels peuvent être exposés :
 - Attentes élevées des clients et de soi-même
 - Incapacité de fixer des limites adéquates aux efforts déployés
 - Surmenage(effectifs élevés de clients par professionnel et autres exigences)
 - Exigences mentales et physiques
 - Lourde charge de travail
 - Longues heures de travail
 - Pression liée au facteur temps
 - Ressources limitées

POURQUOI PRENDRE SOIN DE SOI? (suite)

- Priorités conflictuelles
- Lourdeur des récits
- ❖ Le travail de prise en charge des survivants des VSBG mène souvent les professionnels à une fatigue physique et émotive.
- ❖ Fatigue de compassion et épuisement professionnel.
- La prise en charge de soi permet d'éviter la fatigue de compassion et l'épuisement professionnel au niveau individuel et organisationnel.

POURQUOI PRENDRE SOIN DE SOI-MEME?(SUITE)

- Des stratégies individuelles ou organisationnelles permettent d'activer quotidiennement les ressources individuelles et de groupes afin de faire face au stress secondaire

LA PRÉVENTION DE LA FATIGUE DE LA COMPASSION

➤ ***Les stratégies personnelles***

- S'entourer de gens aimables, qui permettent de se changer les idées
- User de sa créativité et de ses ressources individuelles.
- Avoir un bon rythme de vie : une nourriture saine, un sommeil de qualité et en quantité en accord avec ses besoins.
- Enrichir sa vie spirituelle ou intérieure.
- Éviter les journaux à sensation, les films violents.
- Se laisser nourrir par des expériences positives, le rire ou l'humour.

LA PRÉVENTION DE LA FATIGUE DE LA COMPASSION(suite)

- Formations et recyclage des prestataires sur la prise en charge des personnes victimes/survivants de violences : jeux de rôle et mises en situation des moments difficiles du prestataire lors de ces formations afin qu'il soit possible de partager le vécu lié à l'intervention post-traumatique.
- Transfert de cas vers des collègues ou vers des structures spécialisées.
- Organiser des supervisions individuelles ou d'équipe.
- Suivi, supervision et prise en charge du prestataire.
- Travail en équipe, information et formation des autres membres de l'équipe, partage des expériences avec ses collègues, débriefing émotionnel

LA PRÉVENTION DE LA FATIGUE DE LA COMPASSION (suite)

- Faire la place à des moments de détente : la musique, la relaxation, aux promenades dans la nature, aux voyages, à la créativité, au repos.
- Commencer une démarche thérapeutique si nécessaire, c'est-à-dire une prise en charge psychosociale individuelle du prestataire.
- **Les stratégies professionnelles**
- Reconnaissance de ses limites personnelles et professionnelles et des moyens d'action disponibles. Le prestataire ne peut pas supporter à lui seul la détresse de la victime/survivant.

LA PRÉVENTION DE LA FATIGUE DE LA COMPASSION(suite)

- Mise en place d'un cadre d'échange professionnel et organisation de réunions.
- Limiter le nombre de nouveaux dossiers à traiter **en même temps**.
- Eviter le traitement de traumatismes sévères dans les moments de surcharge ou de plus grande vulnérabilité (épreuves de vie).
- Eviter l'isolement.

TRAITEMENT DE LA FATIGUE DE COMPASSION

- **la supervision psychologique (clinique)** : c'est un processus relationnel et dynamique basé sur l'échange entre un professionnel expérimenté et un intervenant qui aurait éprouvé des difficultés pour mieux accomplir ses tâches quotidiennes. On parlera de supervision individuelle (counseling individuel) ou de groupe au cas où le professionnel décide de rencontrer toute une équipe d'intervenants.

TRAITEMENT DE LA FATIGUE DE COMPASSION (suite)

- **L'Intervision** : c' est un dispositif particulier de rencontres entre pairs, des professionnels et praticiens des secteurs sanitaires, sociaux, médico-sociaux, éducatifs et judiciaires — afin qu'ils échangent leurs expériences, qu'ils réfléchissent collectivement sur leurs conduites professionnelles, au travers d'une mise en commun de la pratique d'un des membres du groupe, voire de ses difficultés à faire face à des situations complexes ou à des résultats insatisfaisants dans l'accomplissement de ses missions. Il existe une assez grande diversité d'approches pour la mise en œuvre de l'Intervision, selon les secteurs concernés, les spécialités exercées par les membres, l'objectif poursuivi par le groupe, le référentiel théorique d'analyse ou encore des facteurs culturels liés aux pays où elle se pratique. L'Intervision se différencie assez sensiblement de la supervision (clinique en institution), bien qu'elle puisse être considérée comme une mise en application des groupes d'[Analyse des pratiques](#) professionnelles

CONCLUSION

- Le contenu fortement émotif des récits, la détresse des survivants perturbent la santé mental des professionnels dans la prise en charge des survivants des VSBG.
- Dans tous les cas, il y a risque de tomber dans le burnout d'où la nécessité de sensibiliser les structures de prise en charge sur l'importance de la prise en charge des intervenants.

Outil des formateurs IV.4b : Textes de relaxation

A. Se donner du soutien par un train de massage

1. *Expliquer aux participants qu'il est nécessaire de bien prendre soin d'eux-mêmes. L'exercice suivant va les aider à se détendre et à se soutenir mutuellement de manière ludique, ce qui est important car les intervenants font du travail qui suscite beaucoup d'émotions, et doivent se soutenir mutuellement.*
2. *Demandez aux participants de former un train de massage en se tenant debout dans un cercle avec leurs mains posées délicatement sur le dessus des épaules du participant en face. Expliquer que leur tâche est de masser doucement le cou et les épaules de la personne en face, en vérifiant constamment qu'elle se sent à l'aise, et que le massage n'est pas en train de leur faire du mal. Le train peut avancer en douceur (marcher lentement dans un cercle).*
3. *Après quelques minutes, demandez aux participants de changer de direction et de masser la personne qui était en train de les masser.*

B. Exercice d'inspiration et d'expiration

1. *Demandez aux participants de prendre une position confortable sur leurs chaises, les invitez à bouger pour mieux chercher cette position où les pieds sont en contact avec le sol, le corps allongé le long de la chaise.*
2. *Expliquez aux participants que la suite de l'exercice consiste à faire entrer le bon air et faire sortir le mauvais air. En effet, les intervenants développent souvent le stress secondaire et il faut essayer de prévenir en relaxant régulièrement leur corps. Le fait d'expirer débarrasse le corps de tous ces soucis des survivants écoutés le long de la journée alors que le fait d'inspirer est la source de nouvelle force dont le corps a besoin pour pouvoir se sentir à l'aise.*
3. *Préparez les participants qu'en comptant le chiffre « un » ils vont faire entrer le bon air c'est-à-dire « inspirer » et en comptant le chiffre « deux » ils vont faire sortir le mauvais air c'est-à-dire « expirer » le gaz carbonique.*
4. *Commencez l'exercice et répétez plusieurs fois tout en marquant des pauses entre la paire « inspiration-expiration ». Avant de clôturer l'exercice, demandez aux participants de dire comment ils se sentent et invitez-les à faire l'exercice régulièrement.*

CHAPITRE IV. PREVENTION DES VFEA

Session IV.1 : Niveaux de prévention des VFEA

Introduction pour le formateur

Cette session portera sur les différents niveaux de prévention des VFEA. Cette prévention est abordée à travers une approche globale qui regroupe l'ensemble des mesures pour prévenir et répondre aux VFEA au niveau primaire, secondaire et tertiaire.

Objectif d'apprentissage

A la fin de la session, les participants sont capables de :

Décrire les trois niveaux de prévention : primaire, secondaire et tertiaire.

Durée : 1heure 15minutes

Support :

Ordinateur, rétroprojecteur, trépied, flip chart, marqueurs,

Outil du formateur : présentation en power point

Préparation

1. Examiner le contenu de formation pour être sûr que vous comprenez le contenu, la méthodologie et examiner le temps imparti à chaque étape de la session ;
2. Préparez la présentation PowerPoint sur les *niveaux de prévention des VFEA* ;
3. *Apprêter l'ordinateur et le rétroprojecteur.*

Procédure

Etape 1 : Brainstorming/ 5 minutes

1. Informez les participants que cette session portera sur les niveaux de prévention des VFEA ;
2. Demandez aux participants de partager ce qu'ils savent sur les niveaux de prévention des VFEA ;
3. Expliquez aux participants qu'étant donné que la VBG et la VFEA surviennent dans la vie des membres de nos familles, de nos êtres chers, de nos amis et de nos voisins, la question de la prévention doit être assumée par les communautés et elle se situe à trois niveaux : primaire, secondaire et tertiaire .

Etape 2 : travaux de groupes /25 minutes

1. Répartissez les participants en 3 groupes.
2. Donnez à chaque groupe des coupons ou post-it et des marqueurs de différentes couleurs selon les groupes ; le groupe 1 fera le travail sur le niveau primaire, le groupe 2 sur le secondaire, le groupe 3 sur le tertiaire.
3. Donnez les instructions sur le travail de groupe à faire comme suit : définissez chaque niveau de prévention et identifiez les actions qu'il faut mener en précisant chaque fois ce qu'il faut faire pour les enfants. La définition ou une action sera mise sur un carton ou post-it.
4. Demandez à chaque groupe de coller les cartons/post-it sur une feuille de flip chart collée devant sur le mur ou sur le trépied.

Etape 3 : Plénière /15 minutes

1. Demandez au représentant de chaque groupe de faire la présentation en 3 minutes des résultats de leur travail.
2. Permettez aux autres groupes de compléter les réponses
3. Résumez les résultats de leurs travaux de groupes en harmonisant les réponses avec la présentation suivante.

Etape 4 : Présentation PowerPoint : Niveaux de prévention des VFEA /15 minutes

Faites la présentation PowerPoint sur les niveaux de prévention des VFEA

a) Prévention primaire

La prévention primaire peut être définie comme l'ensemble des mesures prises pour réduire les risques d'apparition d'un plus grand nombre de cas du problème.

L'objectif de la prévention primaire est de réduire l'incidence des problèmes de santé liés aux VFEA en s'attaquant aux causes et aux facteurs déterminants mais aussi en évitant les modes de vie sociaux-économiques et culturels qui tolèrent les VBG en général et les VFEA en particulier.

Ces facteurs peuvent être abordés de différentes manières, notamment :

- Sensibiliser et plaider pour que la communauté prenne conscience des différents aspects de la VBG (par exemple, la violence domestique et la violence entre partenaires intimes) et de leurs conséquences négatives pour les femmes, les hommes, les familles et la communauté dans son ensemble.
- Renforcer la mise en réseau des communautés (force de travail de protection) par une meilleure planification, une meilleure formation et un meilleur soutien.
- Aider les communautés à organiser des comités sur la violence basée sur le genre afin de réduire les pratiques traditionnelles néfastes, les comportements et les coutumes qui

contribuent à la violence basée sur le genre.

- Créer un dialogue ouvert avec les membres de la communauté sur les questions de VBG à tous les niveaux de la communauté.
- Faire le plaidoyer en faveur de l'égalité de genre pour améliorer le statut des femmes et promouvoir l'équité et l'égalité de genre.
- Intégrer la dimension de genre dans les programmes existants (par exemple, les programmes scolaires, les services de conseil et de dépistage volontaire, les centres de soins et de traitement...).

Prévention primaire pour les enfants et adolescents

- Les stratégies de prévention primaire visent souvent à renforcer le bon fonctionnement de la famille.
- La prévention primaire aide les enfants à connaître et à défendre leurs droits.
- Le principe à la base de la prévention primaire est que la responsabilité de protéger les enfants et adolescents contre la violence incombe à l'ensemble de la communauté.
- L'objectif à long terme de la prévention primaire est d'éduquer l'ensemble de la communauté pour créer un changement social qui ne tolère pas la violence faite aux enfants et adolescents.

b) Prévention secondaire

Définie comme l'ensemble des actions menées pour arrêter l'évolution du problème à son stade naissant et prévenir les complications. L'objectif est d'assurer l'identification et une prise en charge précoce des problèmes de santé liés à la VBG.

Les interventions possibles peuvent inclure:

- l'identification des cas de VBG.
- Prise en charge des blessures physiques et les effets psychologiques sur les survivants.
- La prise en charge des problèmes de santé mentale sous-jacents des auteurs des VBG.

Prévention secondaire pour les enfants et adolescents

Les stratégies possibles de prévention secondaire peuvent inclure :

- Mettre en relation les parents ou les tuteurs d'enfants maltraités avec les services pouvant assurer la prise en charge nécessaire (médical, juridique...).
- Orienter les parents vers un soutien psychosocial lorsqu'il apparaît qu'ils ont été impliqués dans la maltraitance de leurs enfants et adolescents.

c) **Prévention tertiaire**

Définie comme l'ensemble des mesures disponibles pour réduire ou limiter les déficiences et les handicaps et pour favoriser l'adaptation des survivants de la VBG à des conditions irrémédiables.

Le but de la prévention tertiaire est de limiter les handicaps et de réhabiliter les personnes touchées.

Les interventions possibles sont les suivantes :

- Conseils,
- Fourniture d'abris,
- Soutien juridique et
- Création de centres de crise pour les survivants de violence.

Dans les endroits où ces interventions sont disponibles, l'atténuation de l'impact de la violence contribue à réduire le cycle de la violence.

Prévention tertiaire pour les enfants et adolescents

La prévention tertiaire se concentre sur le renforcement de la protection des enfants qui ont subi des violences et qui auront besoin de soins plus intensifs ou à long terme pour favoriser leur rétablissement et leur réintégration.

Les stratégies préventives visant à atténuer l'impact des violations sont les suivantes :

- Mener des consultations individuelles et familiales visant spécifiquement le rétablissement et la réintégration de l'enfant. Rechercher des soins alternatifs pour les enfants et adolescents retirés de leur famille d'origine.
- Soutenir les services de santé spécialisés, comme les soins post-viol, et les services d'éducation spécialisés, en particulier pour les enfants et adolescents qui ont manqué des années d'école.
- Orientez les parents/tuteurs des enfants et adolescents vers un soutien juridique afin de porter plainte contre les auteurs et de faciliter le placement permanent des enfants et adolescents retirés de leur famille.

Etape 5 : Discussion de Groupe / 10 minutes

1. En utilisant des questions de discussion suivantes, facilitez une brève discussion du groupe :

- Pensez-vous que les membres de votre communauté seraient intéressés par les activités qui ont pour but de prévenir ou de répondre à la VFEA ? Pourquoi ou pourquoi pas ?
- D'après vous, qu'est-ce qui favorise ou encourage les personnes à s'investir dans ces

types d'activités ?

- Le cas échéant, quelles activités d'engagement communautaire sont déjà mises en œuvre dans votre communauté ? Sur quoi se concentrent ces activités ? En général, qui participe à ces activités ?
- Comment votre établissement pourrait-il soutenir ces types d'activités ?

2. Demandez si certains des participants ont des réflexions ou des questions pour conclure.

Etape 6 : Clôture / 5 minutes

1. Demandez aux participants de partager aux autres ce qu'ils ont retenu des niveaux de prévention.
2. Clôturez la session en remerciant les participants pour leur participation active.
3. Invitez les participants à suivre la session suivante.

Session IV.2. Approche multisectorielle de la prévention des VFEA

Introduction pour le formateur

Cette session porte sur l'approche multisectorielle de la prévention des VFEA. Elle présente différents piliers et leurs rôles dans la prévention et la réponse aux violences faites aux enfants et adolescents.

Objectif d'apprentissage

A la fin de cette session, les participants seront capables de :
Identifier les piliers de l'approche multisectorielle de la prévention de la VBG et des VFEA.

Durée : 1 heure 15minutes

Support : Flip chart, marqueurs, trépied, ordinateur, vidéoprojecteur

Préparation

1. Examinez le contenu de formation pour être sûr que vous comprenez la méthodologie et examiner le temps imparti à chaque étape de la session
2. Préparation d'une présentation PowerPoint sur *les piliers de l'approche multisectorielle*

Procédure

Etape 1 : Introduction/ 5minutes

1. Annoncez le thème et l'objectif d'apprentissage,
2. Demandez aux participants s'ils ont une question avant de continuer

Etape 2 : travaux de groupe / 25 minutes

1. Répartissez les participants en groupes de 4.
2. Donnez à chaque groupe une feuille de flip chart et un marqueur.
3. Donnez les instructions sur le travail de groupe à faire comme suit : identifier les piliers de l'approche multisectorielle ainsi que leurs rôles dans la prévention de la VBG et de la VFEA.

Etape 3 : Plénière / 20 minutes

1. Sélectionnez 2 groupes pour faire la présentation ; les autres groupes vont donner des compléments
2. Permettez les commentaires, les questions et les discussions en plénière
3. Résumez les résultats de leurs travaux de groupes en harmonisant les réponses avec la présentation suivante.

Etape 4 : Présentation PowerPoint sur les piliers de l'approche multisectorielle/20minutes

Pilier 1 : Niveau politique

- Une volonté politique de haut niveau est un élément important pour aborder les politiques, lois, règlements, stratégies et plans d'action liés à la VBG et aux VFEA.
- Les ministères ayant la santé, le genre, l'éducation, la sécurité, la justice et la formation professionnelle dans leurs attributions sont clés pour s'impliquer dans la lutte contre les VBG et des VFEA.

Pilier 2 : Secteurs juridique et judiciaire

- Les secteurs juridique et judiciaire sont les secteurs clés qui garantissent l'application des lois de manière cohérente et fiable à tous les niveaux.
- L'ensemble du système judiciaire doit être formé pour assurer une interprétation et une application appropriées des lois relatives à la VBG et aux VFEA.

Pilier 3 : Secteur de la santé

- Les VBG et les VFEA conduisent dans des situations de crises sanitaires qui entraînent des dommages physiologiques et psychologiques pouvant conduire à un comportement irresponsable (alcoolisme, tabagisme, ...).
- Le système de santé doit être intégré et renforcé de manière à ce que les services de lutte contre le VIH/SIDA puisse travailler de concert avec les services de planification familiale/contraception et de santé sexuelle et reproductive.
- Il est important de reconnaître les signes et les symptômes de la VBG et des VFEA et de fournir aux survivants des soins de santé de qualité, des enquêtes médico-légales et des orientations vers des services de protection sociale et des services juridiques.

Pilier 4 : Secteur de l'éducation

- Les enfants et adolescents sont souvent exposés à la violence sur le chemin de l'école ou dans l'enceinte de l'école.
- L'éducation est l'une des interventions de prévention de la VBG et des VFEA les plus rentables et les plus efficaces.
- Pourtant, les enfants et adolescents qui ne sont pas en sécurité ont moins tendance à aller à l'école, ce qui les expose davantage aux VFEA.
- Le système éducatif doit universellement intégrer un programme de "sécurité à l'école" qui complète l'éducation sexuelle et l'éducation sur les VBG et les VFEA

Pilier 5 : Communauté

- La VBG et les violences infligées aux enfants et adolescents persistent en partie à cause des normes sociales qui les favorisent ou les tolèrent.
- La communauté doit être mobilisée pour s'assurer que les élus locaux, les chefs religieux, les leaders d'opinion dénoncent la violence et soutiennent ceux qui en sont survivants.

Pilier 6 : Médias

- Le pouvoir public a un rôle important à jouer dans l'établissement de normes. Il doit dénoncer publiquement la VBG et les VFEA à travers les médias de masse, en utilisant la voix des leaders d'opinion de tous types.
- Des efforts de communication à grande échelle devraient être déployés pour démontrer l'engagement politique et jeter les bases d'un changement systémique.
- Le lien entre le VIH et le Sida d'une part, et la VBG et les violences infligées aux enfants et adolescents d'autre part, doit être mis en évidence.

Pilier 7 : le secteur social

- Les impacts psychologiques de la VBG entraînent souvent un cycle de violence sans fin.
- Les systèmes de protection sociale, les soins psychosociaux et les programmes complets d'autonomisation économique accessibles aux groupes vulnérables qui en ont besoin sont essentiels pour réduire les VBG et les VFEA.
- Veiller à ce que les survivants de VBG et de VFEA bénéficient de services de conseil.
- Orienter les survivants vers d'autres services en fonction de leurs besoins.

Etape 4 : Clôture et Transition/5 minutes

Demandez aux participants s'ils ont des dernières réflexions qu'ils souhaitent partager

Message clé : Vous faites avancer les choses. Vous êtes un acteur communautaire.

En tant que prestataires, vous aidez à façonner les services offerts aux survivants dans vos communautés. Ces enfants et adolescents survivants des VFEA sont plus que vos clientes. Ils sont vos enfants en famille ou dans le voisinage. Ces survivants sont chers pour vous, pour nous et pour le pays.

Ensemble, nous pouvons prévenir et remédier à la violence faites aux enfants et adolescent dans nos communautés.

Session V.3 : Communication pour le changement social et comportemental

Introduction du formateur

Le contenu de cette session se concentre sur la définition, le rôle, les principales méthodes et l'utilisation de la communication pour le changement social et comportemental de la communauté en matière de VBG et de VFEA.

Objectif d'apprentissage

A la fin de la session, les participants sont capable de :

- Définir le terme « communication pour le changement de comportement ».
- Montrer le rôle et l'utilisation de la CCC en matière de VBG et VFEA

Durée : 1h15 minutes

Support :

1. Flip chart, marqueurs, ordinateur, rétroprojecteur,
2. Outil du formateur : présentation en PowerPoint

Préparation

Examiner le contenu de formation pour être sûr que vous comprenez le contenu, la méthodologie et examiner le temps imparti à chaque étape de la session.

Procédure

Etape 1 : Introduction/ 5 minutes

1. Dites aux participants qu'ils vont discuter sur la définition, le rôle, les méthodes et l'utilisation de la communication sur le changement social et comportemental.

Etape 2 : Travail en binôme /30 minutes

1. Demander aux participants de se regrouper en binômes et échanger sur la "signification de CCC", son rôle, les méthodes principales ainsi que son utilisation pendant 15 minutes.

Etape 3 : Plénière/ 20 minutes

1. Ecrivez les réponses de quelques paires sur le flip chart et permettez aux autres paires de compléter leurs réponses
2. Clarifiez leurs réponses à l'aide des informations contenues dans la présentation suivante.

Etape 4 : Présentation/15 minutes

1. En se référant sur le polycopié IV.3. *Communication pour le changement social et comportemental*, faites la présentation sur: la Définition de la Communication pour le changement de comportement :

- La communication pour le changement de comportement est un processus qui motive les gens à adopter et à maintenir des comportements et des modes de vie responsables.
- Le maintien d'un comportement responsable nécessite généralement un investissement continu dans la CCC dans le cadre d'un programme global de santé.
- De nombreux programmes de santé et de développement utilisent la CCC pour améliorer la santé et le bien-être des personnes, y compris les survivants des VBG et des VFEA.

Les éléments du changement

Pour réussir, vous devez comprendre les trois éléments les plus importants pour changer un comportement :

- Disposition au changement : Avez-vous les ressources et les connaissances nécessaires pour réussir un changement durable ?
- Obstacles au changement : Y a-t-il quelque chose qui vous empêche de changer ?
- Probabilité de rechute : Qu'est-ce qui pourrait déclencher un retour à un ancien comportement ?

Etapas du changement

La première étape: Précontemplation

Les caractéristiques

- Le déni
- Ignorance du problème

La deuxième étape : Contemplation

Les caractéristiques

- Ambivalence
- Émotions conflictuelles

La troisième étape : Préparation

Les caractéristiques

- Expérimentez de petits changements
- Collectez des informations sur le changement

La quatrième étape : Action

Les caractéristiques

- Action directe vers un but
- Bien que les rechutes puissent être difficiles, la meilleure solution consiste à recommencer avec les étapes de préparation, d'action ou de maintien du changement de comportement.

La cinquième étape : Entretien

Les caractéristiques

- Maintenez le nouveau comportement
- Évitez la tentation

La sixième étape 6: Rechute

Les caractéristiques

- Déception
- Frustration
- Sentiment d'échec

Le rôle de la CCC

La CCC fait partie intégrante d'un programme global de prévention, de soins et de soutien en matière de VBG et de VFEA. Elle joue un certain nombre de rôles différents mais interdépendants. Un CCC efficace peut :

1. Améliorer les connaissances : La CCC permet de s'assurer que les personnes reçoivent les informations de base sur la VBG et les VFEA par le biais d'un support verbal ou visuel (ou tout autre canal de communication).
2. Créer une demande d'informations et de services : La CCC peut stimuler les individus et les communautés à demander des informations sur la violence basées sur le genre et les violences infligées aux enfants et adolescents auprès des services appropriés.
3. Plaider : CCC peut inciter les décideurs et les leaders d'opinion à adopter des approches efficaces pour lutter contre les VBG et les VFEA
4. Améliorer les compétences et le sentiment d'auto-efficacité : Les programmes de CCC peuvent se concentrer sur l'enseignement ou le renforcement de nouvelles compétences et de nouveaux comportements, tels que l'utilisation du préservatif, la négociation des rapports sexuels protégés et les pratiques sûres. Ils peuvent contribuer au développement d'un sentiment de confiance dans la prise et l'application de décisions.

Principales méthodes de CCC

1. La communication interpersonnelle est le choix privilégié pour les interventions ciblées car elle implique un contact soutenu et une communication avec la population cible.
2. Les médias de masse peuvent être utilisés pour soutenir les efforts de communication interpersonnelle et la création d'un environnement favorable.

Utilisation de la CCC pour changer le comportement de la communauté en matière de VBG et de VFEA

- La sensibilisation et le changement des attitudes, des normes culturelles et sociales et des comportements sont essentiels pour prévenir et répondre à la VBG et aux VFEA.
- Les programmes de CCC peuvent contribuer à améliorer la réponse de la communauté à la VBG et aux VFEA en développant des systèmes de soutien pour faciliter l'accès des survivants à l'aide.
- Les stratégies de CCC complètent d'autres initiatives de prévention et de réponse à la VBG et aux VFEA en modifiant l'environnement social et en sensibilisant les femmes aux services.

Etape 3 : clôture / 5 minutes

1. Demandez aux participants s'il y a une question ou quelque chose à ajouter
2. Rappelez aux participants que l'approche de CCC pour la santé est fondée sur trois éléments :
 - le dialogue avec le public pour identifier l'ensemble de problèmes de santé et comprendre les comportements qui sont en cause;
 - Proposer des solutions qui reflètent le contexte local et sont acceptables par la population;
 - Mesurer le degré d'utilité des solutions

Chapitre VI. GESTION DU SERVICE DE PEC DE VFEA

Introduction

Ce chapitre traite la gestion de services de cas impliquant des enfants et adolescents survivants des VFEA, afin que ces derniers, déjà traumatisés par l'agression, ne le soient pas également par le système de prise en charge. Pour être performante au niveau des FOSA, la coordination de l'offre de services s'attelle à deux objectifs : respecter les droits des bénéficiaires et satisfaire leurs besoins.

Objectif d'apprentissage

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

1. Mener une réflexion sur la bonne pratique à implémenter dans la FOSA après la formation,
2. Discuter sur les indicateurs de bonnes pratiques au cours de la prise en charge des enfants et adolescents survivants des VFEA
3. Proposer un plan d'action allant dans le sens d'amélioration de la qualité des services de VFEA en post formation
4. Connaître les standards minima exigés à la FOSA dans l'offre des services aux VFEA.

Durée : 45 minutes

Support : Flip chart, marqueur, feuille de flip chart, scotch, petits carton collant

Préparation

Examinez le contenu de formation pour être sûr que vous comprenez la méthodologie et examinez le temps imparti à chaque étape de la session

Procédure

Etapes : Introduction et brainstorming/15 minutes

Demandez aux participants de mener une réflexion sur les questions suivantes:

1. Quels sont les éléments problématiques prioritaires qui ne permettent pas la prise en charge des VFEA de qualité ?
2. Quelles sont les actions prioritaires à envisager pour répondre à ces problématiques ? Qui vont les réaliser ? Quand ? Et Où ? Et qui en assurera la mise en œuvre ?
3. Quels sont les outils supports de vérification des activités réalisées (collecte et rapportage des cas) ?
4. Rapportez les éléments clés sur le flip chart

Etapes 2 : Présentation 20 minutes

Normes minimales pour l'offre de services de VFEA

1. La FOSA dispose au moins un prestataire formé ou ayant reçu une restitution (compétences approuvées sur la PEC des enfants et adolescents survivants des VFEA)
2. Existence d'un système de supervision des prestataires formés sur les VFEA
3. Existence d'un lieu calme et offrant le maximum de confidentialité depuis son admission, et le dossier des enfants et adolescents survivants sont conservés dans un lieu sûr, fermable à clef pour garantir la sécurité et la confidentialité des données,
4. Un mécanisme de référencement des enfants et adolescents opérationnel et qui peut être documenté,
5. Le site dispose d'une salle privée pour mener des entretiens avec les enfants et adolescents et /ou leurs accompagnants ou toute autre personne qui s'occupe d'eux.
6. Les formulaires et procédures relatifs au consentement éclairé et à la confidentialité sont adaptés aux enfants et adolescents survivants des VFEA.

Outils

1. Formulaires adaptés aux enfants et adolescents survivants des VFEA
2. Supports adaptés aux enfants et adolescents au cours de l'exploration des VFEA notamment les jouets, poupées, matériels artistiques sont à la disposition du personnel chargé de la gestion des cas dans les salles dédiées aux entretiens avec les enfants et adolescents survivants des VFEA
3. Des supports pédagogiques sur la violence sexuelle adaptés aux enfants et adolescents
4. La FOSA dispose des fournitures pour les enfants et adolescents (Médicament, vêtement, etc.).
5. Un soutien ou intervention psycho social est défini dans la FOSA
6. Les outils de collecte et d'analyse des données sur les VFEA (registre, logiciel pour les hôpitaux digitalisés) tout en précisant la tranche d'âge des enfants et adolescents survivants, le sexe, la catégorie des tuteurs des enfants, la forme et types de la violence, la catégorie des médicaments données en post viol, etc.

Etape 3 : Clôture et transition/ 10 min

1. Dites aux participants qu'on arrive à une conclusion efficace qui annonce même la fin de la formation pour les prestataires. Cette conclusion va informer les participants que trois mois après la formation, un suivi des prestataires formés doit être réalisé sur site, pour se rendre compte de la mise en œuvre des acquis de la formation en termes de organisation et de l'offre des services de prise en charge des survivants de VFEA.

2. Rappelez aux participants qu'il existe des outils de collecte de données pour la gestion des cas de VFEA. Les outils utilisés sont entre autres : les registres, le formulaire clinique, et les feuilles de pointage des données de gestion de la santé et les formulaires médicaux qui ont été présentés au cours de la formation.
3. Rappelez aux participants que le système de collecte et de rapportage des cas se fait via le système DHIS2, registre et formulaires d'admission des cas. Il s'agit des outils de collecte de données permettant de documenter des groupes de données sur les survivants, à savoir :
 - a) les données personnelles (nom, âge, sexe, etc.),
 - b) le type d'abus sexuel (sexuelle, émotionnelle, physique, économique),
 - c) la déclaration et la documentation de la VBG (moment de la VBG, moment de la déclaration)
 - d) la gestion médicale (PPE VIH, des IST et de la grossesse non désirée, vaccin, traitement adjuvant, etc.)
 - e) la mise en relation avec d'autres services communautaires soit pour un abri et/ou, références pour bénéficier d'autres services (médical, psychosociale, juridique, etc.).

CHAPITRE VII. RÉFLEXION PERSONNELLE SUR LA FORMATION

Introduction pour le formateur

Cette session encourage les participants à avoir une réflexion critique sur ce qu'ils ont appris pendant toute la formation, ce qu'ils ressentent et ce qu'ils envisagent de faire.

Objectif d'apprentissage

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

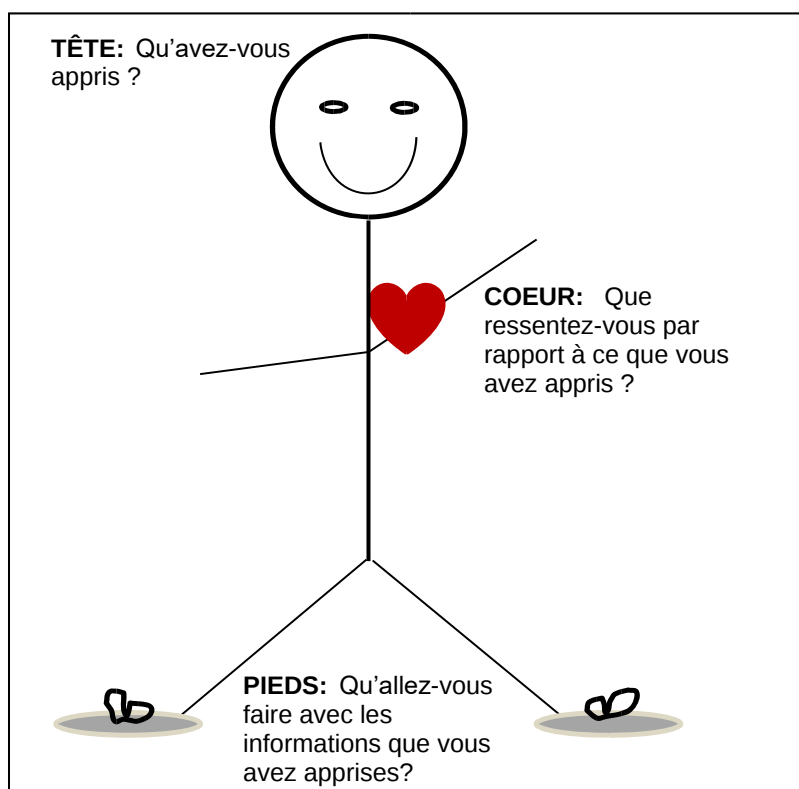
1. De réfléchir sur la formation.
2. De formuler ce qu'ils ont appris et leur sentiment par rapport à ces informations.
3. D'identifier les prochaines étapes qu'ils vont suivre.

Durée : 60 minutes

Support : Flip chart, trépied, marqueurs, papier scotch, 4 paquets de post-it ou petits morceaux de papier

Préparation :

1. Passez en revue le module de formation pour être sûr que vous en comprenez le contenu, la méthodologie et le temps imparti à chacune des étapes.
2. Préparez et affichez une feuille de flip chart intitulée « Tête, Cœur, Pieds ».
3. Reproduisez le schéma et les informations suivantes sur la feuille de tableau à feuilles mobiles:



Procédure

Étape 1 : Réflexion Personnelle / 15 minutes

1. Exprimez votre gratitude envers les participants pour leur travail, leur temps et leur attention pendant les six jours. Soulignez certains des obstacles qu'ils ont surmontés, la profondeur et la rigueur avec lesquelles ils ont abordé le sujet.
2. Expliquez que les participants feront une dernière activité – « Tête, Cœur, Pieds » - qui les aidera à réfléchir sur la formation dans son ensemble.
3. Réferez-vous à l'affiche intitulée « Tête, Cœur, Pieds. » ; demandez aux participants de prendre quelques instants pour réfléchir sur ce qu'ils ont appris pendant la formation ; montrez la tête sur le schéma, demandez aux participants d'exprimer ce qu'ils ont ressenti par rapport à ce qu'ils ont appris ; réferez-vous au cœur sur le schéma. Enfin, demandez aux participants de partager ce qu'ils comptent faire avec les informations qu'ils ont apprises pendant la formation.
4. Donnez un exemple au groupe :
 - a) **Tête** : « J'ai appris des choses par rapport aux différentes expériences que nous apportons tous à la formation et la manière dont nous pouvons commencer à travailler ensemble pour répondre aux besoins des Survivants de la VFEA. »
 - b) **Cœur** : Je me sens fier de faire partie de cette formation, et d'avoir travaillé avec chacun d'entre vous. Je pense que je peux mieux soutenir et donner les 1^{er} soins à l'enfant survivant de VFEA.
 - c) **Pieds** : Je vais quitter cette formation et parler à mes pairs de la VFEA.
5. Pendant que les participants réfléchissent silencieusement, distribuez 6-10 post-it (ou petits morceaux de papier) par personne. Demandez aux participants d'écrire leurs réflexions sur un post-it - un par réflexion.
6. Accordez 10 minutes aux participants pour écrire leurs notes.
7. Demandez aux participants de coller leurs notes sur la feuille du tableau à feuilles mobiles.

Étape 2 : Réflexion de Groupe / 40 minutes

1. Invitez les participants à partager quelques-unes des idées qu'ils ont notées pour l'activité sur la « Tête, Cœur, Pieds ». Écoutez ce qu'ils ont à dire, plutôt que de donner du feedback.
2. Encouragez les participants à se remercier les uns les autres de leur participation et de leur engagement à conduire ce travail après la formation.
3. Ajoutez vos réflexions et vos remerciements.

Étape 3 : Clôture et Transition/5minutes

Informez les participants qu'ils vont maintenant compléter le post test.

ANNEXE

1. Fiche d'évaluation des compétences pédagogiques

N° :	PRINCIPALES ACTIVITES PEDAGOGIQUES	Pts	Commentaries	
			Positif	A améliorer
Suivi du contenu du module et des objectifs				
1	Le facilitateur présente une introduction efficace			
2	Le facilitateur donne l'objectif général et les objectifs spécifiques du thème au début de chaque session			
3	Le facilitateur donne-il des explications claires, correctes et des exemples clairs pour faciliter la compréhension du thème			
Utilisation du matériel				
4	Le facilitateur sélectionne adéquatement le matériel didactique adapté à la session (polycopiés, flip-chart, PPT, Etude de cas, jeux de rôle,...etc.)			
5	Le facilitateur utilise efficacement le matériel didactique choisi (polycopiés, flip-chart, PPT, Etude de cas, Jeux de rôle, etc.)			
6	Le facilitateur collabore efficacement avec son cofacilitateur.			
Méthodologie de Communication efficace				
7	Sélectionne adéquatement la ou les méthode(s) de facilitation adaptée selon le contenus des sessions (brainstorming, exposé illustré, Travaux de groupe, Jeux de rôle,... etc.)			
8	Donne les feed-back positifs			
9	Pose des questions aux participants			
10	Répond aux questions des participants			
11	Fixe les regards des participants			
12	A une voix audible et claire			
13	Faire preuve d'un bon sens de l'humour			
14	Attire l'attention des participants pour une participation active			
15	Donner des explications avec des mots faciles à comprendre en utilisant des exemples clairs			
Vérifier la compréhension des participants				
16	Vérifie la compréhension des participants en posant des questions			
17	Présente une synthèse claire et efficace			
18	Implique les participants pour la synthèse			
19	Respecte le temps prévu			
Point total				
Auto évaluation ;				
Commentaires de l'évaluateur				

2. Posologie des antirétroviraux chez l'enfant

Molécule ARV	Présentation (mg)	Nombre de Comprimés, capsules ou ml par tranche de poids													
		3-5.9 kg		6-9,9kg		10-14,9Kg		15-19,9kg		20-24,9kg		25-29,9kg		≥30 kg	
		M	S	M	S	M	S	M	S	M	S	M	S	M	S
AZT	10mg/ml	6ml	6ml	9ml	9ml	12ml	12ml								
NVP	10mg/ml	5ml	5ml	8ml	8ml	10ml	10ml								
ABC/3TC	120/60 mg	1		1,5		2		2,5		3		1 Cé (600/300 mg)		1 Cé (600/300 mg)	
LPV/r	40/10 mg	2	2	3	3	4	4	5	5	6	6				
	100/25 mg					2	1	2	2	2	2				
ABC/3TC/ LPV/r	30/60/40/10 mg	2	2	3	3	4	4	5	5	6	6				
DTG	5 mg	2		3		4		5							
	10 mg	1		1,5		2		2,5							
	50 mg									1		1		1	
AZT/3TC	60/30 mg	1	1	1,5	1,5	2	2	2,5	2,5	3	3				
TDF/3TC/DTG	300/300 /50 mg													1	

M : Matin,

S : Soir

UN PUBERE QUI FREQUENTE UNE FOSA EN POST VIOL

CONSULTATION POUR DES SERVICES VFEA

CONSULTATION POUR DES SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE « PF »

Cliente connu survivante des

Un prestataire soupçonne un cas

Counseling & screening des préoccupations du client sur les VFEA

**-Counseling sur la PF
-documenter l'expérience de la**

Informer sur la notion de consentement et de

Permission accordée

Demander la permission à la cliente de poser des questions personnelles sur son expérience d'exposition à la

Permission non

Procéder à une consultation

La cliente adhère – t – elle à une méthode de PF ?

Cliente vu avant 72 heures

Cliente vu après 72 heures

- Documenter les Antécédents de VFEA
- Examen physiques du corps
- Rapportage des lésions sur pictogramme
- Counseling & dépistage VIH, IST, VHB
- Counseling sur PF & dépistage d'une grossesse non désirée
- Prophylaxie du VIH, IST, VHB, Tétanos
- prophylaxie d'une grossesse non désirée
- Autres soins ou Références vers d'autres

- Documenter les Antécédents de VFEA
- Examen physiques du corps
- Rapportage des lésions sur pictogramme
- Counseling & dépistage VIH, IST, VHB
- Counseling sur PF & dépistage d'une grossesse non désirée
- Prophylaxie d'une grossesse non désirée
- Discuter de la méthode PF si adhésion
- Autres soins médicaux/Références
- Rendez – vous de suivi à J14, M1, M3, M6

**-Discuter avec la cliente la méthode de PF en fonction de ses préoccupations sur les VSBG ou non.
-Enrôlements du cas et discuter sur le rendez-vous de suivi.**

Enrôlement du cas et discuter sur le rendez-vous de

Quand est-ce que la prévention post-exposition du VIH est envisagée ?

Situation / Facteurs de risque	Procédure proposée
L'auteur est infecté par le VIH ou de statut VIH inconnu.	Donnez la PPE
Le survivant a un statut VIH inconnu	Effectuez un dépistage du VIH et des conseils
Son statut VIH est inconnu et il n'est pas disposé à faire un dépistage.	Donnez la PPE et faites un suivi des rendez-vous.
Il est séropositif	Ne pas donner la PPE, faire un dépistage indexé
il a été exposé au sang ou au sperme (lors de relations sexuelles vaginales, anales ou orales ou par des plaies ou d'autres muqueuses.	Donnez la PPE
Il était inconscient et ne se souvient plus de ce qui s'est passé.	Donnez la PPE
Il a été violé par un groupe de gangsters.	Donnez la PPE

Mettre en œuvre le dépistage à partir d'un cas-index (Index testing)

Cela contribue à la stratégie des trois 95 lors de la PEC des VFEA.

Si la survivante est déjà ou est dépistée séropositive au VIH, le prestataire lui propose de faire le dépistage de toutes les personnes issues de son réseau social et sexuel.

Le dépistage à partir d'un cas-index adolescent ou enfant peut donc concerner les profils de personnes suivantes :

- Les parents de l'enfant ou de l'adolescent ou ses copains;
- Ses autres partenaires sexuels anciens ou actuels y compris l'acteur de la violence;
- Ses enfants biologiques de moins de 15 ans ou ses frères ou sœurs;
- Les personnes qui partagent du matériel d'injection avec lui, dans le cas où le cas-index serait un usager de drogues injectables.

Communiquer pour aider l'enfant ou l'adolescent ou les tuteurs à adhérer à la PEP.

Echangez sur les points suivants pour l'aider à prendre une décision.

- Quelle est la fréquence du VIH dans votre région ou dans votre environnement?
- l'agresseur est-il connu de séropositif?

- Caractéristiques de l'agression, y compris le nombre d'auteurs, s'il y a eu des lacérations dans la région génitale ou d'autres blessures.
- La PPE peut réduire ses chances de contracter le VIH, mais elle n'est pas efficace à 100%.
- Elle devra prendre le médicament pendant 28 jours, une ou deux fois par jour selon le schéma thérapeutique utilisé.
- Environ la moitié des personnes qui prennent de la PPE ont des effets secondaires, tels que les nausées, la fatigue, les maux de tête. (Pour la plupart des gens, les effets secondaires diminuent en quelques jours.)

Comment donner la PPE et le survivant connaît-il le Protocole et l'horaire de prise des ARV et PPE ?

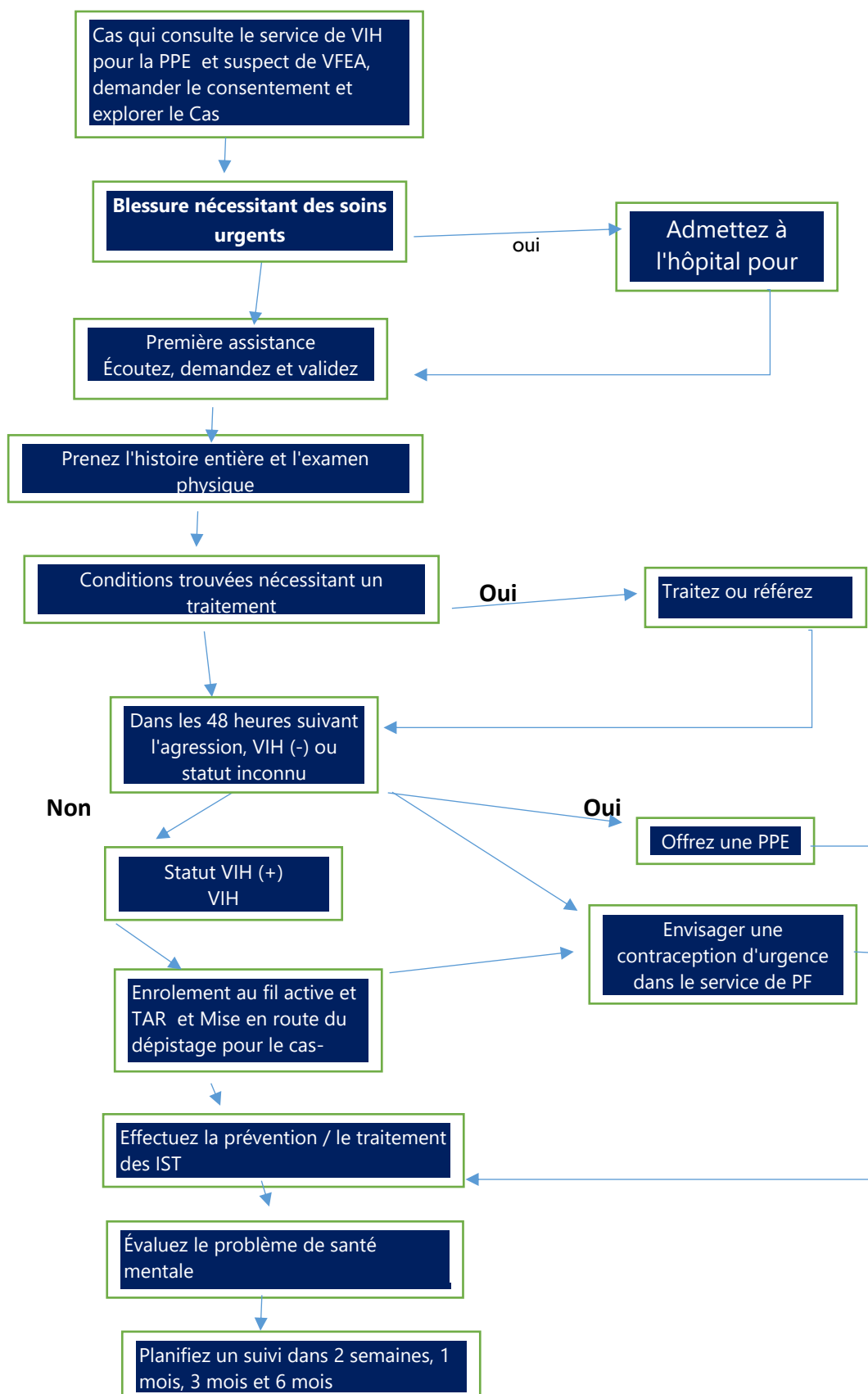
La PPE étant une urgence, elle doit être débutée le plus tôt possible au mieux dans les premières heures qui suivent l'agression et dans tous les cas avant 48H. La durée de la prophylaxie est de quatre semaines ;

Schéma recommandé dans le cadre de la PPE, protocole national du Burundi 2020, est :

- ABC/3TC +DTG 10MG pour les moins de 6 ANS
- ABC/3TC +DTG 50MG entre 6-10ans à partir de 20KG
- TDF/3TC /DTG à partir de 10 ans et plus de 35 KG

4. Fiche d'intégration de VFEA dans les services de VIH

Parcours pour intégration des soins VFEA dans le service de Prise en charge du VIH en PPE



LISTE DES PARTICIPANTS A LA VALIDATION

Nom et prénom	Institution	Fonction	Contact
Dr NAMBAJIMANA Onésime	DSNIS	Chef de service	ona-mas05@gmail.com
RUVARI Grâce	CICR	Health Field Officer	gruvari@icrc.org
NDAYISENGA Anne	Centre Intégré MA-KAMBA	Psychologue	ndayisen-gane33@gmail.com
NIYOKINDI Dorine	Centre Intégré MUYINGA	Psychologue	do-rinenik@gmail.com
Dr MIGISHA Salomon	Hôpital KARUSI	Formateur VSBG	migishasalomon@gmail.com
NYAKUZA Gloriose	Centre SERUKA	Responsable Formation	nyak.gogo@yahoo.fr
Dr KARORERO Eva	ICAP/RISE	PMTCT and Ped Advisor	ek3202@cumc.columbia.edu
Dr KABATESI Jeanine	SWAA-Gitega	Médecin	jeaninekabatesi00@gmail.com
MUNEZERO Jocelyne	SWAA-Burundi/Urisanze	Regional Program Officer	myoce2004@gmail.com
D NAHABAKOMEYE Christophe	Hôpital CIBITOKE	Médecin Directeur Hôpital	na-hac15@gmail.com
NGENDAKURIYO Sophie	PNLS/IST	Formateur VBG	ngendasophie2021@gmail.com
NTIYIBAGIRUWAYO Emilienne	Centre Humura	Psychologue/Formateur VBG	ntiemilienne@yahoo.fr
Dr Thomson BAFAKULERA	Pathfinder/TUBITEHO	Specialiste GBV	tbafakulera@pathfinder.org
HABONIMANA Eloge	Hôpital BUBANZA	Formateur VSBG	habonimanaloge84@gmail.com
MPAWENAYO Emile	PSI/Burundi	Coordinateur de la 2 ^{ème} division militaire	empawenayo@psiburundi.org
NIYONZIMA Bonose	UNFPA	Chargée de Genre	niyonzima@unfpa.org
Dr NIMBONA Richard	District Sanitaire Mairie/Nord	Médecin consultant	nirichard2000@yahoo.fr
Dr BIGIRIMANA Gabriel	DAS/MSPLS	Chef de service de gestion de la qualité	gabrielbig777@gmail.com

MANIRARIHA Noella	CT-FBP	Expert Genre et VBG /KIRA	ma-noella1975@gmail.com
BUCUMI Souverienne	PNSR	Cadre Suivi-Evaluation	souverien-neb@gmail.com
KWIZERA Olivier	PNSR	Chef de service /Gestion des R.H	kwizeraolivier-pierre@gmail.com
NDIZEYE Charles	PNSR	Suivi-E/Formateur VBG	ndi-zeyecharles49@gmail.com
Dr MUGISHA Jean-Claude	PNSR	Suivi-E/Cadre du service	mu-jeclau@gmail.com
Dr BIGAYI Théophile	PNSR	DAT PNSR	bi-gayit@gmail.com
Dr HARERIMANA Pierre Claver	Engenderhealth	Consultant Intégré	hpierreclaver1@gmail.com
Dr Ananie NDACAYISABA	PNSR	Directeur PNSR	
NIMUBONA Egide	SWAA-Burundi/GIR'ITEKA	Coordinateur Technique Provincial GITEGA	egidenimu-bona@yahoo.fr
Dr NTIHEBUWAYO Emile	SWAA-Burundi/GIR'ITEKA	Chief Of Party	emile.nti-hebuwayo@swaa-burundi.org