



Comment aborder en pratique la violence liée au sexe :

**Guide programmatique à l'intention
des praticiens et gestionnaires
de santé**

New York

Remerciements

Ce guide d'actions a été rédigé par Lynne Stevens, éducatrice et psychothérapeute, spécialiste de la violence liée au sexe. Ce guide est le fruit de la collaboration du FNUAP et de l'UNIFEM. Il a bénéficié de l'appui et de l'apport du Groupe sur la violence liée au sexe du FNUAP (France Donnay, Maria Jose Alcala, Christina Bierring, Abubakar Dungus, Eriko Hibi, Talat Jafri, Sahir Abdul Hadi, Jaime Nadal-Roig, Annemieke de los Santos, et Giulia Vallese). Le texte a également été enrichi par les judicieuses suggestions et les informations complémentaires de Miriam Jato, Faiza Benhadid, Laura Laski et Nicola Jones du FNUAP et de l'équipe des services techniques par pays de Dakar : Bintou Sanogoh, Diana Lima Handem, Laurent Assogba, Soulimane Baro et Richard Dackman Ngatchou. Les commentaires de Roxanna Carrillo, Ana Flavia d'Oliveria, Monica O'Connor, Ruth Hayward, Andre Lalonde et Claudia Garcia Moreno ont continué d'en améliorer la qualité. Nous remercions également Rema Venu pour son aide éditoriale. Nous exprimons aussi notre gratitude aux femmes qui nous ont fait part de leur expérience de la violence liée au sexe et nous ont permis de formuler les idées présentées dans ce guide d'action. En dernier lieu, nous sommes reconnaissants à la Fondation Ford son appui dans la préparation et la publication de ce guide.

Avant-propos

En 1998, Le FNUAP a publié une Note d'information sur les Répercussions de la violence liée au sexe sur la santé reproductive qui décrivait les sérieuses conséquences à long terme de la violence liée au sexe. Ce texte identifiait également divers points stratégiques à partir desquels le FNUAP pouvait commencer à travailler sur ce thème. Il recommandait vivement aux services de santé reproductive d'intégrer le traitement de la violence liée au sexe dans leurs programmes. En effet, comme le rappelle l'État de la population mondiale 2000, Vivre ensemble dans des mondes séparés, hommes et femmes à une époque de changements, la violence liée au sexe est un sérieux obstacle à la santé reproductive des femmes et une violation de leurs droits fondamentaux.

Il est reconnu qu'un nombre considérable de femmes dans le monde sont victimes de violence liée au sexe. Quoi qu'il en soit, nombre d'entre elles n'en parleront pas à moins d'y être expressément invitées. Malheureusement rares sont les praticiens de santé formés pour discuter de ces questions délicates avec leurs patientes et peu de centres de soins ont développé des activités répondant aux besoins des victimes de violence liée au sexe. Les femmes souffrent sans rien dire faute d'avoir quelqu'un de confiance à qui parler de la violence qu'elles subissent—quelqu'un qui les écoute attentivement et leur apporte une réponse utile.

Afin de rompre le silence, nous avons mis en place une stratégie novatrice d'aide aux victimes de la violence liée au sexe en intégrant son dépistage et son traitement dans les services de santé reproductive. Ces services sont un lieu idéal pour développer ce type projets puisque les femmes ont déjà l'habitude de les fréquenter et d'y parler d'elles.

L'Approche pratique de la violence liée au sexe : Guide d'actions pour les praticiens et les gestionnaires de santé décrit pas à pas plusieurs projets permettant aux services de santé reproductive de commencer à intervenir dans le domaine de la violence liée au sexe. Trois projets sont présentés en détail dans ce guide.

Le Projet A comporte la mise à disposition de matériel d'information sur la violence liée au sexe (y compris sur les services d'aide spécialisés) dans les salles publiques et privées de l'établissement.

Le Projet B prévoit, outre la mise à disposition de matériel d'information, que les praticiens interrogent leurs patientes. Celles qui s'avouent victimes de violence liée au sexe sont référées à une équipe externe chargée de leur apporter les soins et l'appui dont elles ont besoin.

Le Projet C, outre les actions des projets A et B, propose un traitement *in situ* des femmes victimes de violence liée au sexe.

Les dispensaires peuvent choisir entre ces trois projets en fonction de la capacité de leur établissement, de leurs ressources financières et des relais médicaux existants. Ce guide d'actions a également pour but d'aider les établissements à maîtriser toutes les étapes en vue d'intégrer le projet qu'ils auront choisi à leurs activités ordinaires. Ces projets fonctionnent comme des modules : on peut commencer par le projet A, puis étendre son action aux projets B ou C.

Le FNUAP est d'heureux et fier de présenter cette approche pratique en vue d'identifier et d'aider les femmes victimes de violence liée au sexe. Nous savons que la vie de femmes peut changer à condition qu'on leur permette de parler de la violence qu'elles subissent et leur offre une aide sensible. De là, elles pourront faire les premiers pas pour guérir des séquelles de la violence.



Mari Simonen, Directeur Division de l'appui technique

Table des matières

Chapitre 1.	Résumé	Error! Bookmark not defined.
Chapitre 2.	Introduction	4
Chapitre 3.	Définitions.....	9
Chapitre 4.	La violence liée au sexe et la santé reproductive...Error! Bookmark not defined.	
Chapitre 5.	L'importance d'interroger les patientes	14
Chapitre 6.	Réticence s à parler de la violence liée au sexe	17
Chapitre 7.	Choisir son projet.....	22
Chapitre 8.	Rôle de l'établissement et du personnel.....	25
Chapitre 9.	Mise en œuvre du projet choisi.....Error! Bookmark not defined.	
Chapter 10.	Annexes	Error! Bookmark not defined.
	Références.....Error! Bookmark not defined.	
	Exemple de questionnaire.....	68

Approche pratique de la violence liée au sexe :

Guide d'actions à l'intention praticiens et gestionnaires de santé

Résumé

Jusqu'à une époque récente, la violence liée au sexe était perçue comme un phénomène d'ordre familial ou privé. Cela étant, suite à l'évolution des mentalités, cette question apparaît désormais comme problème de santé publique et une violation des droits de la personne. De nombreuses études témoignant de la prévalence de la violence liée au sexe et de ses graves conséquences sur les femmes ont montré qu'une femme sur trois est confrontée à la violence liée au sexe (Heise, Ellsberg et Gottemoeller, 1999). Les associations de femmes ont milité pour que la violence liée au sexe soit perçue comme un problème de société plutôt qu'une question d'ordre privé. Elles ont convaincu les législateurs d'agir et de pénaliser la violence liée au sexe. Les conférences mondiales ont adopté des résolutions condamnant la violence liée au sexe. Les Nations Unies en ont donné une définition et l'ont reconnue comme un fléau qui affecte les individus, les familles, les communautés et les nations.

Toutefois, malgré les progrès accomplis, les services intégrés d'aide aux victimes de violence liée au sexe

continuent à manquer. Si les femmes fréquentant les centres de soins présentent souvent des symptômes de violence liée au sexe, on ne leur pose généralement aucune question. Ainsi, dans le cadre des services de santé reproductive, ces femmes sont souvent identifiées (et stigmatisées) comme des patientes "difficiles". Ces victimes sont perçues comme des "échecs" parce qu'elles utilisent rarement les méthodes de planification familiale qui leur sont prescrites, n'observent pas les recommandations du personnel de santé, ne se présentent pas aux visites de suivi ou ne suivent pas les traitements prescrits pour les MST. Leurs symptômes peuvent s'aggraver et/ou elles peuvent continuer de présenter les mêmes symptômes sur une longue période. Le vrai problème est que ces femmes ne reçoivent pas l'aide dont elles ont besoin au vu de leur comportement et des symptômes non diagnostiqués de violence liée au sexe. Ainsi, non identifiée et non traitée, la violence liée au sexe affecte l'efficacité des programmes de santé destinés aux femmes.

Il s'avère que même si les services de santé ne traitent pas la violence liée au

sexe, nombre de leurs patientes en sont victimes. Les praticiens de santé voient tous les jours des patientes souffrant des conséquences de la violence liée au sexe et présentant des problèmes tels qu'une douleur croissante impossible à diagnostiquer, des MST à répétition et des grossesses non désirées. Dans ce contexte, le personnel de santé peut se sentir impuissant ou même, ne sachant que faire, ressentir un échec personnel. Il arrive qu'il ait conscience que la violence liée au sexe affaiblit son action. Quoi qu'il en soit, manquant de formation pour identifier et traiter la violence liée au sexe, privés de soutien institutionnel dans ce domaine, les praticiens de santé se sentent impuissants.

Il importe donc de commencer à se préoccuper des effets de la violence liée au sexe sur les victimes. Dans les pays en développement, la visite à un établissement de santé reproductive est souvent la seule visite médicale que fasse une femme. Cette visite représente ainsi une occasion unique d'identifier les patientes confrontées à la violence liée au sexe. Le personnel, particulièrement celui des services de santé destinés aux femmes comme la santé reproductive et sexuelle, la maternité et la pédiatrie, a un rôle important à jouer vis-à-vis des victimes de la violence liée au sexe. Toutefois, pour en parler, les victimes ont tout d'abord besoin de faire confiance à leurs praticiens de santé pour comprendre et répondre de manière appropriée à cette confession. Afin d'accroître la confiance des victimes, il est important de sensibiliser le personnel à la violence liée au sexe.

Ce guide d'actions vise à combler cette lacune importante dans les services destinés aux femmes. Rassemblant l'ensemble des connaissances sur la violence liée au sexe et ses conséquences, ce guide propose de vous guider pas à pas dans la mise en œuvre d'un projet concernant la violence liée au sexe où que ce soit dans le monde. Il n'est pas indispensable que ce projet offre tous les services possibles aux victimes. Il peut s'agir d'un projet modeste qui, par exemple, vient en aide aux victimes en les informant sur la violence liée au sexe et leur fournit une liste de lieux où obtenir de l'aide.

Les trois projets présentés dans ce guide permettent à un service de choisir celui qui lui convient le mieux compte tenu de son infrastructure, de ses ressources financières, de sa capacité d'accueil et des possibilités de transfert des victimes vers d'autres services. Ce guide aidera également les établissements à réaliser leurs projets en les guidant à travers toutes les étapes nécessaires pour intégrer la violence liée au sexe dans leurs programmes de soins.

Le Projet A prévoit la mise à disposition de matériel d'information sur la violence liée au sexe (y compris sur les aides disponibles) dans les salles publiques et privées de l'établissement. Le Projet B prévoit, outre la mise à disposition de matériel d'information, d'interroger les patientes sur la violence liée au sexe. Celles qui s'avouent victimes de violence liée au sexe sont adressées à un centre externe en mesure de leur apporter les

soins et le soutien nécessaires. Outre les actions prévues dans les projets A et B, le Projet C propose un traitement *in situ* des victimes de violence liée au sexe. Ces projets fonctionnent comme des modules et il est possible de commencer par le projet A et d'étendre ensuite son action aux projets B ou C.

Figure 1. Étapes nécessaires au développement d'un projet concernant la violence liée au sexe

??	Évaluation en vue de choisir le projet le plus approprié à l'établissement
??	Développement des outils de planification et de contrôle, matériel d'information et formulaires
??	Mise en place des mécanismes, des protocoles et des politiques en vue de transférer une patiente vers un service spécialisé
??	Modification du parcours des patientes, continuité des soins et mécanismes de suivi
??	Education du personnel par la sensibilisation, la formation et la supervision
??	Accroissement du personnel et des services
??	Education de la communauté

Quel que soit le projet choisi, il permettra à l'établissement d'apporter une aide et des services vitaux. Ce projet n'aura peut-être pas d'impact sur le niveau général de la violence liée au sexe dans le pays, mais l'établissement servira de lieu où les victimes pourront recevoir l'aide dont elles ont besoin dans un environnement sûr et valorisant.

Approche pratique de la violence liée au sexe :

Guide d'actions à l'intention des praticiens et gestionnaires de santé

Introduction

Malgré les stéréotypes concernant les victimes de violence liée au sexe, toutes les femmes peuvent y être confrontée. Les victimes de la violence liée au sexe sont riches ou pauvres, éduquées ou illettrées, mariés, veuves ou célibataires. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime qu'au moins une femme sur cinq a été confrontée à la violence dans leur vie (OMS, 1997). Selon d'autres études, il s'agirait d'une femme sur trois (Heise et al., 1999). La violence liée au sexe peut avoir des conséquences physiques et psychologiques à long terme et affecter de nombreux aspects de la vie de femmes.

?? Les femmes qui ont subi des sévices sexuels pendant l'enfance risquent plus souvent d'avoir des rapports sexuels non protégés à l'adolescence ou à l'âge adulte et, ainsi, de contracter le VIH/sida (Zierler, Feingold, Laufer, Velentgas, Kantrowitz-Gordon et Mayer, 1991).

?? Les femmes qui sont physiquement maltraitées ont plus de grossesses non désirés que les autres (Eby, Campbell, Sullivan et Davidson, 1995).

?? De nombreuses victimes de viol souffrent de séquelles physiques et/ou psychologiques, allant jusqu'aux troubles mentaux ou conduisant à la mort après le viol (Shamin, 1985). Parmi les candidats au suicide, les victimes de viol sont neuf fois plus nombreuses (Kilkpatrick et Best, 1990).

Les praticiens de santé savent qu'ils reçoivent de nombreuses victimes de violence liée au sexe et souhaiteraient les aider. À la question, que faire ?, ce guide d'actions répond « beaucoup de choses », sachant que les services de santé occupent une position idéale pour cela. La voie d'action proposée dans ce guide s'oriente selon trois directions. Chaque établissement choisit le projet qui lui convient, sachant que les résultats seront différents selon le projet retenu. Mais, tous les services de santé seront en mesure d'aider les victimes de violence liée au sexe à commencer à guérir du traumatisme subi.

De nombreuses conférences et conventions ont identifié la violence physique, mentale et sexuelle à l'égard des femmes comme un problème croissant. La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes

(CEDAW) institue un calendrier d'actions pour l'émancipation des femmes et propose des recommandations spécifiques pour aborder la question de la violence à l'égard des femmes. (Recommandation générale No. 19, A/47/38, 1992). En outre, la recommandation générale No. 24, (A/54/38, Mai 1999) demande aux États de prévenir et de sanctionner les violations des droits fondamentaux en portant une attention spéciale à la violence liée au sexe, y compris les sévices sexuels. Le Programme d'action adopté par la Conférence internationale sur la population et le développement en 1994 notait que « La sexualité et les relations entre les sexes sont interdépendantes et, ensemble, influent sur la capacité qu'ont les hommes et les femmes d'avoir une vie saine et de maîtriser leur destin en matière de procréation » (Para 7.34). Le Programme d'action indiquait ensuite que « La violence contre les femmes et notamment la violence et le viol au sein des familles sont très répandus et de plus en plus de femmes sont menacées par le sida et d'autres maladies sexuellement transmissibles du fait du comportement sexuel à haut risque de leurs partenaires » (Para 7.35) La session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies chargée de l'évaluation de Beijing+5 (2000) a reconnu la violence liée au sexe comme un crime et recommandé des actions spécifiques qui doivent être entreprises, entre autres, par les systèmes judiciaires et les services de santé (paragraphe 103a-103l).

En outre, il existe de nombreux rapports documentant et traitant de la violence liée au sexe, notamment le

[Programme Advisory Note on GBV, Reproductive Health Effects of GBV: Policy and Programme Implications](#) publié par le FNUAP en 1998. En 2000, le FNUAP a publié l'État de la population mondiale, [Vivre ensemble dans des mondes séparés : hommes et femmes à une époque de changement](#), qui reconnaît la violence liée au sexe comme un sérieux problème de santé publique, une violation des droits fondamentaux et un obstacle à la santé reproductive des femmes. Bien que ne disposant pas d'études provenant d'un groupe de pays aussi large qu'il aurait été souhaitable, les données utilisées ont néanmoins amélioré notre compréhension du problème, de son ampleur et de l'étendue de ses répercussions sur les victimes. Il faut maintenant combler le fossé qui subsiste entre la collecte des informations et leur utilisation en vue de créer des programmes destinés aux victimes de violence liée au sexe. Plus particulièrement, il convient d'aider les responsables à utiliser ce savoir pour aider concrètement les victimes de violence liée au sexe. Ce guide d'actions a pour ambition de combler ce vide et d'améliorer la connaissance de la violence liée au sexe afin d'aider les services de santé à développer leurs propres actions dans ce domaine. Ce guide a pour objectif d'apporter des conseils, un soutien et des informations sur ce que peuvent offrir les services de santé aux victimes de violence liée au sexe en intégrant des actions concernant la violence liée au sexe à leurs programmes.

En dépit des nombreuses formes que peut prendre la violence liée au sexe, ce guide d'actions se concentre sur ses trois manifestations les plus courantes :

les victimes adultes et adolescentes de sévices sexuels pendant l'enfance, la violence domestique, ainsi que le viol et les abus sexuels.

Ce guide d'action s'adresse aux administrateurs de santé locaux, aux gestionnaires, aux praticiens de santé et aux conseillers communautaires. Ces acteurs peuvent faire changer la manière dont la violence liée au sexe est perçue par les services de santé destinés aux femmes. Le personnel, surtout dans les centres de santé reproductive, maternelle et prénatale, a un rôle important à jouer dans ses rapports avec les victimes de violence liée au sexe. Plusieurs études ont montré que les victimes de violence liée au sexe doivent établir un rapport de confiance avec les praticiens de santé avant de pouvoir parler de la violence qu'elles subissent. C'est en sensibilisant le personnel à cette question que cette confiance pourra commencer à s'établir.

Les femmes ont déjà pris l'habitude d'aborder des sujets délicats avec leurs praticiens de santé (Heise, Moore, et Toubia, 1995). À cette relation privilégiée s'ajoute le fait que, dans les pays en développement, la visite au centre de santé reproductive est la seule visite de santé pour les femmes. Cette visite est une occasion unique d'identifier les patientes confrontées à la violence liée au sexe.

Les services de santé doivent reconnaître que de nombreuses femmes qui fréquentent les centres de planification familiale, de santé prénatale ou reproductive et les cliniques pédiatriques sont victimes de violence liée au sexe et que c'est une

question importante à soulever avec les patientes. Dans la mesure où la violence liée au sexe peut toucher toutes les femmes, il faut interroger toutes les patientes. Même si certains membres du personnel ont reçu une formation leur permettant d'identifier les cas de violence liée au sexe, ils ne disposent généralement pas d'un contexte favorable pour le faire puisque leur établissement ne dispose pas de programme spécifique. Dans certains services, les intervenants sont tenus de poser la question de la violence liée au sexe, mais ne le font que rarement. Interrogés sur les raisons de cet omission, ils avouent souvent qu'ils ne se sentent pas à l'aise avec cette question, redoutent de provoquer l'hostilité de leur patiente ou de ne pas savoir comment réagir dans le cas d'une réponse affirmative.

Certains administrateurs, interrogés à ce sujet, déclarent redouter qu'une fois la question posée, le personnel soit débordé par les besoins et les problèmes des victimes, et par conséquent, incapable de s'acquitter des tâches qui leur incombent déjà. Il existe toutefois des possibilités d'intégrer cette question aux programmes existants sans pour autant dépasser les capacités de l'établissement ou de son personnel. En réalité, en intégrant le dépistage de la violence liée au sexe, on tend à améliorer le fonctionnement des autres programmes du service. L'expérience a montré que, dans le cadre d'un projet précis, comprenant formation et soutien, il s'avère bénéfique pour le personnel et les patientes d'identifier la violence liée au sexe.

Pour les patientes qui sont victimes de violence liée au sexe, un tel projet peut les aider à mettre fin à l'isolement qu'elles ressentent en tant que détentrices de ce secret, atténuer leur culpabilité, améliorer leur estime d'elles mêmes, et les éduquer en les informant sur les liens entre leurs symptômes et la violence liée au sexe. Toutes ces interventions aident les victimes à reprendre un plus grand contrôle sur leur vie et leur redonne le pouvoir.

Pour le personnel, une formation en vue d'identifier et de traiter la violence liée au sexe est une compétence supplémentaire. Au-delà des informations sur la violence liée au sexe, les méthodes apprises pourront être utilisées pour aborder d'autres sujets délicats avec les patientes et améliorer à tous les niveaux la qualité de la relation avec les patientes, ce qui bénéficie au fonctionnement de tout le service. Une telle formation peut vraiment changer les choses, en libérant non seulement les patientes mais aussi le personnel.

Certains administrateurs pensent que la violence liée au sexe est un problème d'une telle complexité qu'il faudrait des ressources énormes pour le traiter dans leur établissement. C'est faux. Il n'est pas nécessaire qu'un tel projet offre tous les services aux patientes. Il peut s'agir d'un projet modeste qui, par exemple, se propose d'aider les victimes en les informant sur la violence liée au sexe et en leur fournissant une liste de lieux où s'adresser pour obtenir de l'aide.

Ce guide d'actions est conçu pour vous aider à choisir parmi les trois projets

concernant la violence liée au sexe qui y sont décrits. Votre service peut choisir celui qui lui conviendra le mieux en fonction de l'établissement et de sa capacité. Ce guide d'actions vous aidera à conceptualiser et à mettre en œuvre le projet. Il préparera également votre personnel à intégrer le projet choisi dans les programmes existants en les guidant à travers toutes les étapes pratiques.

Avant d'en venir aux actions concrètes, ce guide a pour vocation d'aider les lecteurs à comprendre les liens entre la santé sexuelle et reproductive et la violence liée au sexe, à identifier les mythes et les obstacles qui rendent son traitement difficile et à les dépasser. Le succès de tout projet concernant la violence liée au sexe tient à la capacité du personnel à confronter ses propres réponses, croyances et préjugés à ce sujet. La section concernant les mythes et les obstacles s'y emploie et il est possible d'en identifier d'autres lors des séances de sensibilisation et de formation du personnel.

Dans ce guide, il est question de prestation de services. Afin de savoir si les objectifs sont réalisés, il importe de développer un plan d'évaluation et de contrôle. Les questions auxquelles vous répondrez lors de l'élaboration du projet apporteront des informations complémentaires sur la violence liée au sexe dans la communauté desservie. Si certains problèmes identifiés dans ce guide peuvent être résolus au niveau de l'établissement, d'autres demanderont une aide extérieure. Par exemple, si le personnel doit être formé en vue de diagnostiquer, traiter ou référer les victimes de violence liée au

sexe, l'établissement devra embaucher une personne compétente pour former le personnel soignant à ce problème et/ou travailler à titre de consultant.

Ce guide comprend des formulaires types qui peuvent être adaptés à votre service, au projet que vous avez choisi, à la culture ou à la langue dans lesquelles vous travaillez. Le chapitre 9 explique par des exemples les sujets de sensibilisation ou de formation qui doivent être traités pour que le personnel accède au niveau de compétence requis.

Les formulaires de ce guide d'actions peuvent être utilisés pour ::

- ?? Évaluer les prestations fournies avant le démarrage du projet relatif à la violence liée au sexe
- ?? Développer un plan d'évaluation et de contrôle
- ?? Identifier les relais existants
- ?? Évaluer la prévalence de la violence liée au sexe chez les patientes
- ?? Reporter la violence liée au sexe dans le dossier des patients
- ?? Obtenir une meilleure évaluation des effets de la violence liée au sexe
- ?? Interpréter les données collectées sur la violence liée au sexe

Ce guide d'actions se destine principalement aux centres de soins de santé sexuelle et reproductive ainsi qu'aux services de pédiatrie, mais il peut également s'adapter aux besoins d'autres services destinés aux femmes comme les institutions privées ou publiques qui sont souvent les

premières à intervenir. Il importe de se souvenir que les femmes ont besoin d'aide pour faire face aux conséquences de la violence liée au sexe quel que soit l'établissement qu'elles fréquentent.

Le chapitre 9 fait part de l'importance d'associer les hommes à toute discussion portant sur la violence liée au sexe et de fournir un traitement aux hommes qui abusent des femmes. Néanmoins, ce guide se concentre principalement sur les femmes adultes et adolescentes et sur leurs besoins pour commencer à guérir.

La violence liée au sexe fait malheureusement partie de la vie de nombreuses femmes. Les victimes de violence liée au sexe attendent depuis longtemps l'occasion de nommer ce qui leur est arrivé et de recevoir l'aide dont elles ont besoin dans un environnement favorable, dispensée par des personnes sensibles qui les écoutent, les soutiennent et les assistent. En créant votre projet, vous offrirez cette possibilité aux victimes de violence liée au sexe.

Approche pratique de la violence liée au sexe :

Guide d'actions à l'intention des praticiens et gestionnaires de santé

Définitions

Ce guide d'actions, comme le précise l'introduction, se concentre sur les trois formes les plus courantes de la violence liée au sexe : les adolescentes et les femmes adultes ayant subi des sévices sexuel pendant l'enfance, la violence domestique, ainsi que le viol et les sévices sexuels. Voici des définitions pour chaque type de violence, ainsi qu'une définition générale de la violence liée au sexe extraite de l'Assemblée générale des Nations Unies :

La violence liée au sexe comprend le mot **sexe** parce que la plupart des victimes de violence interpersonnelle sont des femmes. Cette violence est dirigée contre les femmes à cause de leur sexe, de leur faible pouvoir dans leurs relations avec les hommes et de l'infériorité de leur statut. Ces facteurs rendent les femmes plus vulnérables à la violence.

Violence liée au sexe

« Tous actes de violence dirigés contre le sexe féminin et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou

des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée. » (Déclaration des Nations Unies sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes, art 1.)

L'**objectif** principal des auteurs de la violence liée au sexe est de contrôler et de dominer. La violence liée au sexe implique souvent un comportement abusif. C'est particulièrement vrai lorsque l'auteur de la violence connaît la victime, comme il a été démontré dans la majorité des cas de violence liée au sexe (Russell, 1986). Les victimes de violence liée au sexe affirment que plus l'auteur de la violence est proche plus l'expérience est traumatisante (Zierler et al., 1991). Le **comportement abusif** peut être épisodique, récurrent ou chronique.

Les auteurs de violence liée au sexe utilisent diverses **tactiques** qui s'inscrivent dans leur comportement et leur permettent ainsi d'abuser la victime non seulement sexuellement, mais aussi physiquement,

psychologiquement, ou verbalement. Un tel comportement peut avoir de sérieuses conséquences pour la victime, provoquant des blessures physiques, une souffrance psychologique et une peur constante.

3.1 Les sévices sexuels sur les enfants

L'OMS définit les sévices sexuels sur les enfants comme un « abus de pouvoir qui comprend de multiples formes d'activités sexuelles entre un enfant ou un adolescent (le plus souvent une fille) et une personne plus âgée, le plus souvent un homme ou un garçon plus âgé, connue de l'enfant. Cette activité peut être accomplie sous la contrainte physique ou sous l'effet de diverses pressions telles qu'une offre d'argent pour payer l'école ou la menace de tout dire. Il arrive que l'abus prenne la forme d'une rupture de confiance, ainsi une personne ayant la confiance de l'enfant peut s'en servir pour obtenir des faveurs sexuelles.

« Les sévices sexuels incestueux dans le cadre de la famille sont la plupart du temps perpétrés par un père, beau-père, grand-père, oncle, frère ou tout homme jouissant de la confiance de la famille, mais ils peuvent également être le fait d'un membre féminin de la famille... l'inceste se charge alors d'une trahison par un membre de la famille qui est censé protéger l'enfant et prendre soin de lui. » (OMS, 1997).

Ces sévices sexuels peuvent prendre la forme d'attouchements, de masturbation, de contact vaginal, oral ou anal. Il n'est pas nécessaire qu'il y ait pénétration pour que l'on parle de

sévices sexuels. Ils comprennent également le recours à la prostitution, la pornographie et l'exhibitionnisme impliquant des enfants.

« Il y a dans de nombreuses sociétés une mauvaise volonté générale à reconnaître l'étendue des sévices sexuels sur les enfants. Les tentatives visant à minimiser leur prévalence et leur nature rejettent la responsabilité de la violence sur la victime ou sur sa mère. Parmi les accusations contre l'enfant, se retrouve l'idée que c'est l'enfant qui a encouragé l'abus ou l'a imaginé. Il arrive aussi que l'on reproche à la mère de l'avoir "provoqué" en refusant d'avoir des rapports sexuels avec son auteur ou en s'y "associant", ne prenant pas conscience de ce qui se passe ou ne le rapportant pas. » (OMS, 1997).

3.2 La violence domestique

La violence domestique recouvre les sévices physiques, verbaux, émotionnels, psychologiques et/ou sexuels infligés à une femme par son époux ou son partenaire. Ce type de violence liée au sexe comprend les actes et les paroles menaçantes ou intimidantes, les coups, l'utilisation d'une arme, le viol, la séquestration, la surveillance financière, la cruauté envers la femme ou les gens et choses qu'elle aime, ainsi qu'un langage abusif ou dégradant.

Figure 2. Catégories de violence domestique

Les sévices physiques sont les menaces et les coups en vue de contrôler une autre personne. Ils comprennent la bastonnade, les morsures, la suffocation, les coups de pieds, le lancement d'objet, le recours à une arme comme un couteau ou un fusil. Les violences physiques ont tendance à croître avec le temps et peuvent conduire à la mort de la femme.

Les sévices sexuels sont les mauvais traitements et le contrôle sexuels d'un partenaire. Cela recouvre les rapports sexuels sous contrainte ou l'obligation de se livrer certaines pratiques sexuelles comme forcer son partenaire à avoir des rapports sexuels avec d'autres, le dénigrer sexuellement et/ou l'insistance à avoir des rapports non protégés.

Les sévices verbaux et émotionnels sont des atteintes à l'estime de soi de son partenaire. Ce sont les critiques, les menaces, les insultes, les remarques dépréciatives et la manipulation.

Les sévices psychologiques consistent à recourir à diverses tactiques en vue d'isoler son partenaire et de porter atteinte à son estime de soi, accroissant ainsi la dépendance et la peur de la femme vis-à-vis de son partenaire. Ce sont :

- ?? Le refus d'autoriser une femme à travailler en dehors de la maison
- ?? La rétention de l'argent ou l'interdiction d'y avoir accès
- ?? L'isolement du partenaire en le coupant de sa famille et de ses amis
- ?? La menace d'attenter aux gens et aux choses qu'elle aime
- ?? La surveillance constante

Pour les **sévices physiques**, il suffit d'une fois. Ayant été battue une fois, la victime a peur que cela se reproduise. L'auteur de la violence n'a plus qu'à la menacer verbalement ou à la regarder de façon intimidante pour qu'elle obéisse.

3.3 Le viol ou les sévices sexuels

Le viol est le recours à la force physique, la menace de recourir à la force ou la contrainte émotionnelle afin de procéder à la pénétration vaginale, anale ou orale d'une femme sans son consentement. Dans la plupart des cas, l'auteur est connu de sa victime. Le viol peut être unique ou répété. Il peut se produire après la consommation d'alcool ou de drogues qui rendent la victime plus vulnérable.

Les sévices sexuels recouvrent tous les contacts sexuels non consentis qui n'entraînent pas de pénétration.

3.4 Autres termes courants

Victime et survivante : ces termes sont utilisés dans ce guide pour désigner toute femme qui a subi ou continue de subir des violences liées au sexe.

Auteur : ce terme est utilisé pour désigner toute personne qui abuse d'une femme. Ce sont dans la plupart des cas des hommes connus de la victime.

Personnel et prestataire : ces mots sont utilisés dans ce guide pour désigner les personnes qui travaillent dans un service de santé.

Approche pratique de la violence liée au sexe :

Guide d'actions à l'intention des praticiens et gestionnaires de santé

La violence liée au sexe et la santé sexuelle et reproductive

Jusqu'à récemment, le silence s'imposait autour de la violence liée au sexe et les victimes ne pouvaient dire leur souffrance. Mais le « corps » parle même quand la victime se tait. Son corps raconte son histoire même si elle ne trouve pas de mots pour le faire.

Les victimes, par leur comportement, disposent de moyens indirects pour informer les praticiens de santé de la violence qu'elles subissent. Présente ou passée, la violence liée au sexe peut avoir de sérieuses répercussions sur le comportement ou le mode relationnel des victimes. Par exemple, les femmes ayant subi des sévices sexuels pendant l'enfance se sentent souvent coupables et honteuses, se tenant responsables des sévices qu'elles subissent. Ces sentiments négatifs à l'égard d'elles-mêmes peuvent conduire les femmes à avoir des comportements sexuels à risque, ce qui les rends plus vulnérables aux grossesses non désirées, aux MST (y compris au VIH/sida) et à la stérilité (Wyatt, Guthrie, et Notgrass, 1992). Des études ont révélé que ces femmes, à l'adolescence ou à l'âge adulte, présente une tendance à la re-

victimisation, combinant ainsi le traumatisme et les séquelles sur leur santé (Wyatt et al., 1992).

Le corps des victimes de viol peut « s'exprimer » par des visites répétées dans les services de santé. L'année suivant le viol, on observe une augmentation de 50 % du nombre de ces visites (Koss, 1993). Pourtant la plupart de ces femmes ne révèlent pas leur traumatisme sexuel à ceux qui les soignent et les prestataires leur posent rarement la question.

Ainsi, même si les praticiens de santé n'abordent pas la question de la violence liée au sexe avec leur patientes, ils traitent en permanence des victimes. Les survivantes présentent souvent des symptômes comme une douleur croissante dont l'origine est impossible à diagnostiquer, des MST à répétition ou des grossesses non désirées. Face à de tels problèmes, les praticiens de santé se sentent parfois impuissants, ou vivent la situation comme un échec puisqu'ils voient leurs patientes souffrir quotidiennement des effets de la violence liée au sexe, sans savoir que

faire. Ils peuvent également avoir le sentiment que les conséquences de la violence liée au sexe sapent leur travail mais, sans formation pour identifier ou traiter la violence liée au sexe, ils ne se sentent pas habilités à intervenir.

La violence liée au sexe a de nombreuses répercussions sur la santé sexuelle et reproductive. Il importe de les reconnaître. Le tableau 3 montre les effets de la violence liée au sexe sur le comportement et la santé des adolescentes et des adultes victimes d'abus sexuels.

Dans le contexte médical, les victimes sont souvent des patientes « difficiles ». Elles sont perçues comme des « échecs » parce qu'elles ne parviennent pas à utiliser les méthodes de planification familiale qui leur sont

prescrites, à suivre les conseils qu'on leur a donnés concernant leur santé ou leur comportement, à se présenter aux visites de suivi ou à traiter les MST.

Leur état empire ou elles continuent de se plaindre de douleurs croissantes impossibles à diagnostiquer, de migraines, de douleurs dorsales ou pelviennes, et de troubles gastro-intestinaux.

À l'origine de ce type de comportement ou de ces symptômes, on retrouve souvent la violence liée au sexe non diagnostiquée. Le vrai problème est que ces femmes ne reçoivent pas l'aide dont elles ont besoin. Ainsi, non diagnostiquée et non traitée, la violence liée au sexe affecte l'efficacité des programmes de santé sexuelle et reproductive.

Figure 3. Les répercussions de la violence liée au sexe sur la santé

Types of Violence	Conséquences reproductives, comportementales et sociales
Abus sexuels pendant l'enfance (pour les victimes adultes et adolescentes)	Troubles gynécologiques, MST, VIH/sida, rapports sexuels précoces, grossesses adolescentes, stérilité, rapports sexuels non protégés, avortement, re-victimisation, comportements à risque, toxicomanie, suicide, mort.
Viol	Grossesses non désirées, avortement, salpingite, stérilité, MST, y compris le VIH/sida, suicide, mort.
Violence domestique	Mauvaise alimentation, maladies chroniques à répétition, toxicomanie, traumatisme crânien, blessures, invalidité temporaire ou permanente, douleurs chroniques, rapports sexuels non protégés, salpingite, troubles gynécologiques, fausses couches, faible poids à la naissance, accouchements difficiles, mortalité maternelle, suicide, mort.

Approche pratique de la violence liée au sexe :

Guide d'actions à l'intention des praticiens et gestionnaires de santé

L'importance d'interroger les patientes

Parler de la violence liée au sexe est un premier pas important pour aider les victimes à recevoir l'aide dont elles ont besoin pour commencer à guérir. Sachant que toute femme est susceptible d'être confrontée à la violence liée au sexe, il faut poser la question à toutes les femmes qui fréquentent le service de santé.

La plupart des victimes n'avouent pas spontanément qu'elles sont exposées à la violence liée au sexe. Elles ne disent souvent rien à personne de leur expérience. Des études confirment que la plupart des victimes n'ont jamais été interrogées sur la violence liée au sexe par les prestataires (Mazza, Dennerstein, et Ryan, 1996). Pourtant, lorsqu'on demande aux femmes si elles avoueraient la violence liée au sexe à leurs prestataires, 70 % d'entre elles répondent par l'affirmative, mais seulement 6% d'entre elles déclarent qu'on leur a posé la question. La même étude a montré que 90 % de ces femmes estiment que leurs médecins pourraient les aider à faire face aux répercussions des sévices sexuels (Friedman, Samet, Roberts, Hudlin, et Hans, 1992). Les victimes

reconnaissent qu'il sera difficile au début de se confier, mais qu'elles seraient prêtes à parler, en privé, avec un praticien de santé qui les interrogerait sur la violence liée au sexe de manière sensible et sans les juger. En vérité, ces femmes attendent depuis longtemps qu'on les interroge sur la violence dans leur vie.

La violence liée au sexe est un problème de santé publique. En parler dans les services de santé est un moyen important d'intervenir dans ce domaine. Dans ce contexte, pour l'évaluation, l'intervention et le traitement de la violence liée au sexe on se concentre sur la prévention tertiaire et secondaire. Cela peut inclure le dépistage pour une intervention à un stade précoce (prévention secondaire) et l'intervention en vue de minimiser la sévérité des sévices prolongés (prévention tertiaire). Les prestataires de services de santé destinés aux femmes reçoivent à la fois des femmes qui vivent des relations violentes ou qui ont subi des sévices dans le passé. Cela étant, il apparaît clairement que même si certaines patientes ne sont plus dans une relation violente, elles continuent d'en

ressentir les conséquences à long terme. En effet, certaines femmes ont subi des sévices sexuels pendant l'enfance ou l'adolescence et, même si le traumatisme est ancien, elles continuent souvent de souffrir des répercussions. En outre, les femmes qui ont été violées gardent longtemps le secret (si jamais elles en parlent), mais continuent de souffrir des troubles physiques et psychologiques qui résultent du viol.

Une discussion portant sur des sujets comme la planification familiale, la grossesse, la santé reproductive, la sexualité et divers symptômes physiques peut tout à fait conduire à parler de la violence liée au sexe. En réalité, poser la question de la violence liée au sexe peut s'avérer très bénéfique. Les victimes de sévices sexuels se sentent seules et isolées face à leur expérience. Poser la question est une première étape permettant à la femme de se libérer de son secret et de la honte qu'elle ressent depuis longtemps. C'est un acte important qui permet de rompre le silence et fait renaître l'espoir.

Les praticiens de santé peuvent redonner espoir à une patiente simplement en l'interrogeant sur la violence dans sa vie. Certaines femmes ayant répondu par l'affirmative sont tout de suite capables de saisir cette occasion. D'autres répondront par la négative aux questions concernant la violence alors même qu'elles en sont victimes. C'est qu'elles ont besoin de plus de temps pour bâtir leur confiance dans le prestataire et le service avant de répondre sincèrement aux questions. Néanmoins, la possibilité a été offerte et elles peuvent se montrer

plus disposées à en parler lors d'une prochaine visite. En indiquant aux patientes qui répondent par la négative que le prestataire veut vraiment savoir, cette possibilité reste ouverte.

Les praticiens de santé s'inquiètent de ce qu'ils doivent faire lorsqu'une femme répond par l'affirmative à leurs questions concernant la violence liée au sexe. S'il est limité leur rôle n'en est pas moins important. La réponse appropriée est d'offrir un soutien, sa compréhension, des informations et une validation. Le prestataire n'est pas obligé d'écouter toute l'histoire. En revanche, il peut très bien—et c'est d'une importance capitale pour une femme qui a répondu par l'affirmative—se montrer sensible sans s'ériger en juge.

Les prestataires doivent se monter sensibles sans s'ériger en juge

- ?? Lorsqu'ils abordent le sujet
- ?? Dans le cas où la patiente répond « oui »
- ?? Lorsqu'ils expliquent à leur patiente que personne ne mérite d'être maltraité et abusé
- ?? Lorsqu'ils informent les patientes sur les éventuels effets physiques et psychologiques qu'elles subissent
- ?? Lorsqu'ils discutent de la possibilité de les référer à un service spécialisé

Par la suite, les patientes qui ont répondu « oui » peuvent être reçues *in situ* pour une évaluation approfondie, si cela fait partie du programme et être dirigées vers un service approprié.

Pour le prestataire et en terme de qualité de la relation du praticien de

santé avec ses patientes, Il y a d'autres avantages à poser la question. Ainsi :

- ?? Cela peut consolider les liens entre le prestataire et la patiente pour que la relation devienne plus franche et plus ouverte.
- ?? Le service devient un lieu où la patiente se sent comprise et reçoit l'aide dont elle a besoin.
- ?? La confiance de la patiente dans le prestataire et le service dans son ensemble s'en trouve renforcée.
- ?? Les praticiens peuvent acquérir de nouvelles compétences, améliorant leur capacité à aborder avec sensibilité des sujets délicats avec leurs patientes.
- ?? En dernier lieu, cela peut donner au prestataire le sentiment d'être véritablement capable de répondre aux besoins de ses patientes.

Approche pratique de la violence liée au sexe :

Guide d'actions à l'intention des praticiens et gestionnaires de santé

Réticentes à parler de la violence liée au sexe

De nombreux facteurs sont à l'origine du silence autour de la violence liée au sexe. Pour beaucoup, c'est une question d'ordre privée, on ne doit pas parler en public. Il a longtemps été inconvenant que des étrangers interviennent ou s'interrogent sur la violence à l'égard des femmes. On l'a même justifiée comme un phénomène acceptable sous certaines conditions (Friedman et al., 1992).

Les victimes sont réduites au silence non seulement par les auteurs de la violence mais aussi par la société tout entière. On leur dit, par exemple,

qu'elles en sont responsables, qu'elles l'ont provoquée, que personne ne les croira si elles en parlent, ou on les réduit au silence en les menaçant d'une plus grande violence.

6.1 Répercussions sur la victime

Le tableau 4 montre l'action des auteurs de violence sur l'opinion que les victimes ont d'elles-mêmes et des autres, et les raisons pour lesquelles les victimes ne parlent pas de la violence dans leur vie.

Figure 4. L'expérience du survivant

Ce qui dit l'auteur de la violence à la victime	Interprétation par la victime	Répercussions sur le survivant
Je te bats parce que je t'aime	L'amour, c'est ça	Confusion, re-victimisation
C'est de ta faute	Je suis mauvaise et coupable	Autocritique, confusion, impuissance
Personne ne t'aimera autant que moi	Sans lui, je serais seule pour toujours	Dépendance, peur de partir
C'est pour ton bien	Les autres savent ce qui est bon pour moi	Doutes, jugement
Ton corps ne t'appartient pas, il est mien	Je n'ai aucun contrôle sur ce qu'on me fait subir	Intégrité mal défendue, re-victimisation
Personne ne te croira si tu en parles	Je suis seule, tout le monde s'en moque	Silence

En dépit de ces pressions pour qu'elles se taisent, les victimes veulent rompre le silence. Quelques femmes peuvent être capables d'en parler sans sollicitation, mais la plupart ont besoin qu'on leur pose la question. Malheureusement les praticiens de santé, même lorsqu'ils soupçonnent l'existence de la violence liée au sexe interrogent rarement leurs patientes à ce propos. C'est l'impasse classique et les deux personnes gardent le silence : l'une a peur de dire et l'autre de demander.

6.2 Attitudes du personnel face à la violence liée au sexe

Le tableau 5 présente les attitudes courantes des administrateurs, gestionnaires et praticiens de santé à l'égard de la violence liée au sexe. Ces attitudes peuvent les retenir d'aborder le sujet et, donc, les empêcher de venir en aide aux femmes victimes de violence liée au sexe. La sensibilisation et la formation jouent un rôle important dans l'acquisition des compétences permettant de surmonter ces réticences et de se sentir plus à l'aise avec le sujet. Ce tableau est aussi un outil de formation permettant d'aider le personnel à analyser ses réactions en la matière.

Il est fondamental de surmonter les réticences qui empêchent les prestataires d'aborder la question de la violence liée au sexe. Pour réussir à agir sur la violence liée au sexe, il faut connaître et surmonter ces réticences. Parce qu'ils la soignent, les prestataires comptent parmi les rares personnes dans l'entourage de la victime qui puissent identifier, mesurer

et traiter la violence liée au sexe. Il faut savoir que les prestataires peuvent soigner par leur mots et leur comportement. Des études montrent que les victimes de violence liée au sexe peuvent guérir de ce traumatisme et que l'un des aspects les plus importants de cette guérison vient du fait qu'une autre personne nomme et reconnaît l'expérience de la victime d'une manière sensible (Heise et al., 1995). L'aide aux victimes peut prendre plusieurs formes telles que la thérapie de groupe, l'accueil dans un foyer, l'assistance judiciaire, etc. Mais le fait d'être entendue et crue, probablement pour la première fois, marque le premier pas fondamental dans ce processus. Sans cela, la victime risque de ne pas être capable de faire les démarches suivantes.

6.3 Forclusion

C'est une réponse courante à la violence liée au sexe. La violence liée au sexe est un sujet affligeant qui risque de faire naître un sentiment d'impuissance chez les prestataires. L'une des réactions courantes face à ce type d'émotions consiste à les mettre à distance en déniaient leur réalité. La forclusion de la part du prestataire risque de faire croire à la victime qu'elle est la seule personne à qui cela arrive ou qu'elle invente.

A moins d'avoir reçu une formation, les membres du personnel ne connaissent pas d'autre moyen de gérer ces émotions. La formation les aidera à mieux comprendre la dynamique de la violence liée au sexe et à mieux définir leur rôle face aux victimes.

Figure 5. Réticences du personnel face à la violence liée au sexe

Défense	Mythes / réticences	Réponses
<u>Forclusion</u>	Cela se passe ailleurs et touche une autre couche de population.	La violence liée au sexe est présente dans le monde entier, affectant toutes les couches de population.
	Nos patientes ne sont pas concernées.	Elle touche les femmes de toutes les races et de toutes les classes sociales.
	Je ne veux pas en prendre conscience quand je m'en aperçois.	C'est un sujet difficile mais une formation vous donnera les compétences nécessaires pour en parler.
	Cela m'est arrivé et je ne veux pas l'admettre	C'est douloureux à admettre mais vous pouvez aider les autres et avez peut-être besoin d'aide.
<u>Rationalisation</u>	C'est une question d'ordre privé.	C'est un problème de respect des droits fondamentaux.
	Ce n'est pas mon travail.	C'est un problème de santé publique.
	Je n'ai pas le temps de m'en occuper.	Cela prend un peu plus de temps au départ mais permet d'en gagner par la suite.
	Si je pose la question, je risque des poursuites judiciaires	Mieux vaut se renseigner avant le démarrage du projet relatif à la violence liée au sexe.
	Les victimes ne souhaitent pas en parler.	Les femmes veulent parler de la violence qui les touche.
	Les patientes risquent de se fâcher si je leur pose la question.	Il a été démontré que les femmes veulent informer les praticiens de santé de la violence qu'elles subissent.
	Elle l'a certainement cherché.	Personne ne mérite de subir de sévices corporels ou sexuels
	De toute façon, je ne peux rien faire.	Il y a beaucoup à faire et la première chose est d'interroger les patientes.
<u>Minimisation</u>	C'est arrivé dans le passé, elle s'en est sans doute remise.	Le passé, surtout dans les cas de violence liée au sexe, peut continuer d'avoir des répercussions sur la santé.
	Elle n'est pas très marquée, cela n'a pas dû être si terrible.	La violence liée au sexe peut causer des troubles psychologiques, physiques ou comportementaux qui sans être visibles sont très graves..
<u>Identification</u>	Cela ne m'arriverait jamais ni à une femme comme moi.	La violence liée au sexe peut frapper n'importe qui même s'il est difficile d'admettre sa propre vulnérabilité.
	Je peux comprendre que son partenaire la batte.	Sachez que les hommes comme les femmes peuvent s'identifier avec l'auteur de la violence.
<u>Intellectualisation</u>	Une femmes qui est battue devrait partir.	C'est une situation complexe, il peut être dangereux d partir et l'on ne peut pas décider à la place des patientes.
	On s'en remet rapidement.	Même si les contusions ont disparu, la patiente n'a peut-être pas surmonté les autres répercussions.

Défense	Mythes / réticences	Réponses
	On ne traite que de problèmes médicaux.	La violence liée au sexe est un problème de santé publique. Les victimes présentent des symptômes physiques tels que des migraines, des douleurs pelviennes, des troubles gastro-intestinaux, etc, qui révèlent l'existence d'un problème sous-jacent de violence.

Des recherches menées aux Etats-Unis ont montré que 40 % des prestataires de services de santé déclarent avoir subi des sévices corporels et/ou sexuels au cours de leur existence (deLahunta & Tulsy, 1996). Si les prestataires ne l'ont jamais révélée et n'ont pas reçu d'aide à ce sujet, il est plus difficile pour eux d'en parler avec leurs patientes.

6.4 Rationalisation

La rationalisation s'opère parce que le personnel ne sait comment agir face aux victimes. Les prestataires ne savent pas comment répondre lorsqu'on leur rapporte une expérience traumatique de violence. Ils savent peut-être soigner une femme couverte de contusions, mais sont gênés quand il s'agit d'appréhender l'origine de ses blessures.

Les prestataires peuvent se donner des raisons d'ignorer la violence dans la vie de leur patientes en estimant que ce n'est pas leur rôle. Non seulement ce type de réponses laisse les patientes sans espoir de recevoir jamais l'aide dont elles ont besoin, mais il contribue à ce qu'elles acceptent la violence comme un phénomène normal. Même si les praticiens de santé sont amenés à passer plus de temps avec chaque

patientes, en posant la question de la violence et en l'évaluant, ils finiront par gagner du temps puisque les patientes n'auront plus besoin de venir aussi souvent du fait des répercussions de la violence liée au sexe. Prendre le temps d'interroger une patiente peut en outre lui sauver la vie.

6.5 Minimisation

La minimisation permet au personnel de réduire un problème qui semble insurmontable en un incident mineur. La gravité de la violence liée au sexe est ignorée, de même que les liens entre le passé de la victime et sa condition physique et psychologique actuelle. Face à une minimisation de sa douleur et de ses maux, la victime peut se sentir bouleversée et désorientée parce qu'elle souffre de nombreux symptômes découlant de la violence liée au sexe et que personne ne l'aide à faire le lien entre les deux.

6.6 Identification

L'identification se produit lorsque l'on se sent lié à une autre personne par des caractéristiques communes telles que l'appartenance ethnique, la classe sociale, le genre, la position occupée dans la famille ou tout autre point commun. L'identification provoque souvent un attachement immédiat,

mais il arrive aussi qu'elle provoque une impression de malaise. Par exemple, un praticien de santé qui s'identifie à sa patiente peut être profondément affecté par le récit d'une expérience aussi dramatique qu'un viol ou des sévices sexuels pendant l'enfance. Face à ce récit, le praticien de santé peut tenter de mettre la victime à distance. Ce type de réponse est une tentative en vue de se protéger d'un récit de violence qui crée un sentiment de vulnérabilité.

Le personnel féminin est plus facilement sujet à ce type d'empathie (mais il arrive que le personnel masculin identifie leur conjointe, fille, ou mère à la victime). Il est terrifiant de constater que toute femme est susceptible d'être exposée à la violence liée au sexe. C'est pourquoi le prestataire peut chercher à tenir cette émotion à distance, par exemple, en rejetant la responsabilité sur la victime ou en imaginant des raisons pour lesquelles la victime a mérité de subir un tel traumatisme. Une telle réponse de la part du praticien peut créer un sentiment d'isolement et de culpabilité chez la victime.

Il arrive aussi que le personnel s'identifie à l'auteur de la violence et perde tout sentiment d'empathie envers la victime. Une telle rupture peut provoquer ce que l'on appelle une deuxième blessure chez la patiente qui vit ainsi un deuxième traumatisme et se trouve à nouveau dans une situation abusive.

6.7 Intellectualisation

Il s'agit d'un mécanisme de défense auquel un membre du personnel a recours lorsqu'il a l'impression de se trouver face à une situation qui le dépasse. Le praticien de santé (ayant une formation médicale lui permettant de soigner les autres) prend ainsi un rôle « d'expert » qui établit un diagnostic de la situation et dit à la patiente ce qu'elle doit faire. Une telle attitude laisse peu de place à l'écoute attentive de l'expérience de la victime qui explique ce qu'elle peut et ne peut pas faire (ou même ce qui pourrait la mettre réellement en danger). Après un tel entretien, la patiente risque de se sentir encore plus responsable de la violence qu'elle subit.

Approche pratique de la violence liée au sexe :

Guide d'actions à l'intention des praticiens et gestionnaires de santé

Choisir un projet

Figure 6. Choisir un projet relatif à la violence liée au sexe

Choix de projets	Éléments composant chaque projet
Projet A	<ul style="list-style-type: none"> ?? Vérifier l'existence de services relais vers lesquels diriger les victimes ?? Sensibiliser le personnel au problème de la violence liée au sexe ?? Développer ou acquérir du matériel d'information sur le sujet ?? Diffuser cette information, y compris l'adresse des relais existants ?? Appuyer le personnel par une sensibilisation suivie
Projet B	<p>Outre les éléments du projet A :</p> <ul style="list-style-type: none"> ?? Former les praticiens de santé ?? Interroger les patientes sur la violence liée au sexe dans leur vie ?? Rapporter les réponses aux questions posées ?? Adresser les victimes à des services spécialisés ?? Soutenir et superviser le personnel
Projet C	<p>Outre les éléments des projets A et B :</p> <ul style="list-style-type: none"> ?? Engager du personnel supplémentaire ou former le personnel existant en vue de procéder à une évaluation poussée des victimes ?? Faciliter le soutien psychologique ou les soins aux victimes en les adressant à des centres spécialisés et/ou par un traitement <i>in situ</i>

Exemples d'actions

Les exemples suivants montrent comment les actions concernant la violence liée au sexe ont été intégrées à des programmes existants. Ils ne sont pas encore très nombreux puisque cette intégration commence à peine. Nous espérons que nous pourrions y ajouter un plus grand nombre d'exemples dans la version finale de ce guide d'actions, après qu'il aura été mis en place dans divers pays,.

✍ A Caracas, au Venezuela, l'Asociación de Planificación Familiar (PLAFAM), affiliée à l'IPPF/Région de l'hémisphère occidental, distribue du matériel d'information concernant la violence liée au sexe à toutes les patientes qui fréquentent les centres de santé reproductive dès qu'elles se présentent à la réception. Chaque nouvelle patiente est interrogée sur la violence liée au sexe (séviées sexuels pendant l'enfance, viol, violence domestique) par un membre du personnel. Lorsqu'une patiente révèle qu'elle est victime de violence liée au sexe, on lui propose une évaluation approfondie et la réfère à un service spécialisé. En 2000, pour son travail sur la violence liée au sexe, PLAFAM a reçu le prix Sasakawa distribué par l'OMS pour récompenser les innovations dans le domaine des soins de santé.

✍ En Inde, le Family Violence Prevention Fund travaille conjointement avec un hôpital de Bombay, en apportant une aide technique permettant d'interroger toutes les femmes se présentant à l'hôpital sur les séviées sexuels pendant l'enfance et sur la violence domestique. Les femmes qui répondent par l'affirmative sont adressées à un membre du personnel formé pour mener une évaluation plus précise et référées à un service spécialisé. Lorsqu'une patiente craint de rentrer chez elle, elle peut séjourner à l'hôpital dans un service créé spécialement pour les victimes de violence liée au sexe.

✍ Aux Philippines, le Projet Haven (Hospital Assisted Crisis Intervention for Women in Violent Environments) situé dans l'hôpital de la ville de Quezon, offre un service d'urgence pour les victimes de violence. Les femmes y sont référées par les services d'obstétrique et de gynécologie, par les urgences, par les services de consultations externes et le centre d'assistance sociopsychologique. Les praticiens de santé des Philippines, y compris les sages-femmes, les infirmières et les médecins ont reçu une formation en vue d'identifier et d'évaluer la violence domestique. Une partie de cette formation a maintenant été intégrée aux programmes des écoles de médecine et d'infirmiers.

✍ Au Brésil, les femmes qui fréquentent le Medical School Health Centre Samuel Pessoa, de l'université de Sao Paulo, qui offre des soins de santé reproductive (ainsi que des services médicaux de base et de santé mentale) sont examinées afin de dépister la violence physique quand un membre du personnel les soupçonnent d'en être victimes. Lorsqu'une femme révèle qu'elle se trouve dans une relation abusive, elle s'entretient avec un membre du personnel qui lui pose des questions plus précises et propose de la référer à un service spécialisé.

✍ A Queensland, Australie, suite à l'Initiative sur la violence domestique, lancée en 1999, les femmes fréquentant les établissements participant au projet, qui regroupe des dispensaires de soins prénataux, des centres de gynécologie et les services d'urgences, ont été interrogées sur la violence domestique. Le personnel a reçu une formation pour poser des questions à ces femmes et les adresser à un service spécialisé dans le cas d'une réponse affirmative. Un sondage mené auprès de ces femmes a montré que 97 % d'entre elles étaient favorables à ce dépistage systématique de la violence domestique.

Approche pratique de la violence liée au sexe :

Guide d'actions à l'intention des praticiens et gestionnaires de santé

Rôle de l'établissement et du personnel

Afin de réussir à intégrer un projet relatif à la violence liée au sexe dans votre programme, il convient d'apporter certaines modifications à votre service. Le projet que vous choisirez vous aidera bien sûr à décider des changements nécessaires et du rôle que jouera votre personnel dans le nouveau projet. Les questions ayant trait à la qualité des soins, qui sont d'une importance primordiale, seront abordées dans ce chapitre.

8.1 Le rôle de l'établissement

8.1.1 Recommander, établir des réseaux et coordonner

Il importe d'établir des réseaux avec d'autres services travaillant également sur la violence liée au sexe. Ces coalitions entre différents groupes travaillant sur une même question accroissent la possibilité de faire changer les choses. Les changements nécessaires peuvent porter sur la législation en vue de faciliter l'application des lois ou leur amendement afin qu'elles tiennent compte la violence liée au sexe. Il peut également s'avérer nécessaire de renforcer l'appui du gouvernement aux services d'aide aux victimes et/ou

d'implanter ou de développer des ONG dans la communauté. Les services participant à cette coalition peuvent non seulement servir de références pour votre projet relatif à la violence liée au sexe, mais aussi de relais vers lesquels diriger les patientes et réciproquement. En outre, travailler ensemble peut permettre d'éviter la multiplication de mêmes programmes d'aide aux victimes. Ces services peuvent également disposer de matériel qui vous aidera à élaborer votre propre matériel d'information. Cette coalition facilitera aussi l'échange d'informations et leur recoupement. L'expertise de ces services peut en outre vous aider à sensibiliser votre personnel.

La modification des lois et leur application rendent plus difficile :

Pour l'auteur de la violence, d'affirmer que « c'est un comportement normal » et « une manière acceptable de traiter son partenaire » ; ou

Pour la victime de croire que « c'est ce qui est censé arriver à une femmes », et que « personne ne trouve que c'est mal' » ; ou

Pour la police, d'affirmer « votre partenaire peut tout à fait vous traiter de la sorte, « il n'y a rien faire. »

8.1.2 Sensibiliser le personnel

Il est d'une importance fondamentale de créer un environnement indiquant aux patientes qu'ici, on parle de la violence liée au sexe. La plupart d'entre elles n'ont jamais bénéficié d'un tel cadre et, au début, les victimes voudront peut être s'assurer qu'elles ne craignent vraiment rien en révélant ce qu'elles n'ont probablement jamais dit à voix haute. Il importe de réussir cette épreuve de confiance. L'un des moyens d'y parvenir est d'impliquer tout le personnel dans le projet relatif à la violence liée au sexe, en les sensibilisant à la question et aux moyens de dialoguer avec les victimes. En outre, il convient de sensibiliser le personnel au contexte dans lequel cette violence se produit et le convaincre de la nécessité d'aborder le sujet. Par exemple, comment la violence liée au sexe est-elle perçue par la communauté ? Comment en parle-t-on ? Dans quels termes ? À quels euphémismes a-t-on recours ? Quelles sont les préoccupations sous-jacente de la population sur cette question ? (Se reporter au chapitre 9 pour un plan de sensibilisation du personnel.) Cela permettra de préparer le personnel au cas où une victime parlerait de sa propre initiative. Si le personnel se sent compétent pour parler de la violence liée au sexe, il communique aux patientes qu'il existe une réelle franchise sur la question. Un personnel conscient de la réalité de la violence liée au sexe dans la vie des femmes dit aux victimes qu'elles n'ont plus besoin de garder le silence.

8.1.3 Intimité et sécurité des patientes

Lorsqu'on interroge les patientes sur la violence liée au sexe, ces discussions doivent avoir lieu dans une pièce fermée. En outre, en vue d'accroître l'impression de sécurité des femmes, la politique du service doit indiquer clairement que ces révélations ont lieu dans l'intimité. Cela signifie que le partenaire de la femme n'est pas autorisé à pénétrer dans la pièce pendant la conversation. La femme doit être seule avec la personne qui l'interroge sur la violence liée au sexe. Poser la question à une femme devant son partenaire pourrait la mettre en danger. Si ce n'est pas encore le cas, une telle politique doit être mise en place. Au besoin, on peut expliquer au partenaire que c'est la règle de l'établissement : chaque patiente est reçue seule.

Pour ce qui est du rôle du personnel et de l'ambiance régnant dans l'établissement, la sécurité des victimes demande également de ne pas considérer la violence liée au sexe ou la victime comme un problème médical ou psychologique. Le contraire risque d'être perçu comme un reproche ou une certaine froideur au lieu d'une compréhension attentionnée.

8.1.4 Confidentialité

Si jamais les révélations des patientes étaient rendues publiques, cela pourrait mettre en danger la santé ou la sécurité des victimes de violence liée au sexe. Il convient donc d'établir une politique de confidentialité qui soit claire pour le personnel et pour les patientes. Comme pour tous les problèmes médicaux, tels que le VIH/sida, les MST, etc, l'information doit rester confidentielle et il importe

d'éviter que le secret médical soit brisé. Si rien n'est prévu pour garder les dossiers des patientes sous clé, il convient de se demander, avant de mettre en œuvre les projets B ou C, comment interroger les patientes, enregistrer les informations et assurer leur confidentialité.

Il convient donc d'inclure dans l'exposé expliquant pourquoi les patientes sont interrogées sur la violence liée au sexe (juste avant de leur poser des questions à ce propos) une courte phrase sur la confidentialité. Le niveau de confidentialité garanti par le service aura une incidence sur les réponses aux questions. Ne rien préciser sur la confidentialité avant d'interroger les femmes sur la violence liée au sexe signifie que l'on risque de trahir la confiance de la femme, une rupture de confiance dont elle a déjà l'expérience si elle a été exposée à la violence liée au sexe. La confidentialité signifie également que le personnel s'abstiendra de discuter publiquement des réponses apportées par les femmes, afin d'éviter que cette conversation soit entendue. En outre, ces informations confidentielles ne doivent pas faire l'objet de bavardages entre les membres du personnel.

Si pour quelque raison que ce soit, il est impossible d'enregistrer les réponses affirmatives d'une patiente concernant la violence liée au sexe dans son dossier médical, le service sera dans l'impossibilité de collecter des données exactes sur les femmes qui révèlent la présence de violence dans leur vie. Une solution de rechange consisterait à enregistrer les données d'une manière anonyme (ce

qui permettra quand même d'établir des statistiques sur la proportion de patientes qui sont victimes de violence liée au sexe). Pour ce faire, le personnel devra enregistrer les réponses sur une fiche sans mentionner l'identité de la patiente. L'inconvénient de cette méthode est que les praticiens de santé ne sauront pas en regardant le dossier médical de la patiente qu'elle a été victime de violence liée au sexe et ne pourront pas établir de suivi en lui dispensant des soins appropriés lors de ses prochaines visites.

S'il est possible d'assurer la confidentialité des informations, il convient d'estampiller le dossier de la patiente (un exemple de tampon encreur est fourni à l'annexe 6), par exemple à l'intérieur de la couverture de façon à ce que le personnel soit alerté en ouvrant le dossier.

8.1.5 Se montrer sensible à l'égard de la patiente et de son problème

Il importe également que le personnel soit informé de la législation relative à la violence liée au sexe en vigueur dans le pays. Cette connaissance peut les aider à comprendre le problème et à transmettre cette information aux patientes.

Des informations de base sur la violence liée au sexe, rédigées dans la langue du pays et dans un style accessibles à des femmes ayant des niveaux d'alphabétisation différents, doivent être mises à disposition dans la salle d'attente, dans les salles de consultation et dans les toilettes pour que les femmes puissent les lire et les emporter chez elles. Il est également

possible de diffuser, dans la salle d'attente, des vidéos sur la violence liée au sexe, principalement sur ses répercussions et ses solutions. Des affiches peuvent être disposées sur les murs afin de faire comprendre, à l'aide de photos et de slogans, que la violence liée au sexe est inacceptable, qu'aucune femme ne mérite d'être traitée de la sorte, et que la femme n'est pas responsable de la violence qu'elle subit. Ces affiches et ces brochures peuvent également présenter les divers moyens de se faire aider si l'on subit ou a subi par le passé des violences liées au sexe. Il s'avère également utile de rédiger une petite fiche que les femmes peuvent glisser dans leur chaussure, qui signale les comportements abusifs et donne les adresses et les numéros de téléphones des centres d'aide aux victimes. Cela leur permettra de garder ces informations importantes à l'abri de l'auteur des violences.

Les vidéos susmentionnées ainsi que des bandes dessinées et/ou la disposition d'affiches qui diffusent un message clair concernant la violence liée au sexe présentent des solutions de rechange pour faire passer l'information aux femmes illettrées. Une autre solution indépendante du niveau d'éducation des femmes consisterait à animer une discussion sur la violence liée au sexe dans la salle d'attente.

8.2 Le rôle du personnel

En général, la formation et la pratique du personnel soignant sont issues du modèle médical visant à établir un diagnostic et à « remettre la patiente en état ». Mais un traitement médical comporte d'autres aspects.

« L'exercice de la médecine » pourrait plutôt se définir comme « diagnostiquer, soigner, guérir, prévenir, prescrire et délivrer une personne de toute souffrance physique ou mentale. » (Civic Research Institute, 2000.) Il est nécessaire que le personnel se dote d'un modèle différent qui englobe la compréhension des nombreux facteurs socio-psychologiques affectant la vie et la mort des patients, comme la culture, le genre, la famille, la religion, la pauvreté, l'alcool, la drogue et l'éducation. Ce modèle plus large présente de nombreux avantages. Si le personnel parvient à travailler avec ce modèle qui offre à la victime ce dont elle a besoin--c'est-à-dire compréhension, soutien, franchise, et respect--il devient réellement possible d'apporter aux victimes l'aide dont elles ont besoin.

Avec l'appui de l'ensemble du service, le personnel doit s'interroger sur son rôle et en accroître la portée. Le rôle du praticien de santé dans le cadre de ce projet est d'identifier et d'évaluer la violence liée au sexe ainsi que d'aider la victime à obtenir l'aide dont elle a besoin pour faire face aux répercussions de la violence liée au sexe. Les diverses fonctions du personnel dans le cadre d'un projet relatif à la violence liée au sexe sont :

8.2.1 D'être un témoin

La plupart des femmes qui ont subi des violences liées au sexe n'en ont jamais parlé à personne. En les encourageant à la faire, on leur permet, sans doute pour la première fois, d'exprimer une souffrance secrète. Elles peuvent désormais formuler ce qui a été tenu

secret. Le praticien de santé n'est pas obligé d'entendre toute l'histoire, mais il doit saisir l'injustice de ce qu'on lui révèle et le faire savoir à la patiente. Le praticien peut aussi aider sa patiente à recevoir l'aide dont elle a besoin.

8.2.2 Écouter et valider

De nombreuses victimes déclarent que le fait d'être écoutée par le praticien de santé est en lui-même bénéfique. (Family Violence Prevention Fund, 2000). Si la patiente répond « oui » aux questions portant sur la violence liée au sexe, le praticien de santé peut exprimer sa compréhension au lieu de répondre par des suggestions et une ordonnance. La victime a besoin de sentir l'appui du praticien de santé qui lui témoigne avec empathie et sensibilité qu'il la croit.

8.2.3 Informer

Lorsqu'une femme révèle les épisodes présents ou passés de violence liée au sexe qu'elle a subie, le praticien de santé peut l'informer en lui montrant comment ses symptômes actuels découlent de la violence liée au sexe, en lui indiquant des moyens de mieux se protéger, et plus important encore, en lui faisant sentir qu'elle n'est pas seule. Savoir donne du pouvoir et ces informations ont un caractère nouveau et important puisque la victime n'a peut-être jamais établi le lien entre ses symptômes et la violence liée au sexe ou peut-être ne connaît-elle personne qui subisse la même chose qu'elle.

8.2.4 Enregistrer l'information

Lorsqu'on interroge une patiente sur la violence liée au sexe, il importe de reporter ses réponses dans son

dossier médical. Selon le projet choisi, il convient de reporter les informations concernant le type de violence subie, la date à laquelle elle s'est produite, l'évaluation approfondie, les autres services consultés, et les marques physiques constatées lors de l'examen comme des cicatrices ou des contusions en les notant sur un schéma du corps de la patiente. (un exemple de tampon encreur pour estampiller les dossiers figure à l'annexe 6, un formulaire d'évaluation approfondie à l'annexe 9, et la carte du corps de la patiente à l'annexe 10).

Si le service observe une politique de confidentialité, il devient possible d'enregistrer les réponses des patientes dans leur dossier et d'en marquer l'intérieur de la couverture afin que cette information soit visible dès l'ouverture du dossier. Le reste de l'information relative à la violence liée au sexe, comme le nom de son auteur, les formulaires d'évaluation du danger et l'évaluation approfondie peuvent être consignées à la fin du dossier.

8.2.5 Appuyer

Il est nécessaire que les praticiens de santé puissent fournir des réponses appropriées aux patientes qui font part de violence liée au sexe. Le prestataire doit s'abstenir de juger et se montrer attentionné et sensible. Cela signifie qu'il doit s'abstenir de dire à la patiente ce qu'elle doit faire, mais plutôt l'aider à réfléchir à ses choix et à ce qu'elle est en mesure de faire dès maintenant, si c'est possible. Appuyer ses patientes signifie que l'on respecte leur capacité à prendre des décisions et que l'on croit qu'elles savent mieux que quiconque ce dont elles ont besoin.

Après avoir révélée la présence de violence liée au sexe dans leur vie, les patientes peuvent redouter un jugement négatif de la part du prestataire et il est utile de faire savoir aux victimes qu'on ne les juge pas mais, au contraire, qu'elles font preuve de courage en faisant cette révélation.

services, l'aider à le faire et prendre contact avec les autres membres du personnel qui traitent les victimes de la violence liée au sexe.

8.2.6 Faire partie d'une équipe

Le praticien de santé doit travailler avec les autres membres du personnel qui ont affaire à la patiente. Le personnel doit travailler en équipe de façon à coordonner les soins dispensés à la patiente et, avec son accord, partager les informations utiles à son sujet..

8.2.7 Référer la patiente à un autre service

Il convient de proposer aux victimes de violence liée au sexe de les adresser à divers services spécialisés en fonction de leurs besoins. Le personnel doit avoir été formé pour savoir comment et quand référer la patiente à un autre service. Le personnel doit également aider les patientes à obtenir les services dont elles ont besoin. Il importe donc de connaître les relais existants, d'aider les patientes à prendre contact avec ces services, et d'opérer un suivi de façon à savoir si les patientes ont utilisé cette possibilité et, si elles l'ont fait, de recueillir leur avis sur la qualité des services auxquels elles ont été adressées.

8.2.8 Fournir des services connexes

Si l'établissement offre des services *in situ* tels que le soutien psychologique, les groupes de soutien, le conseil et l'aide judiciaire, le personnel doit savoir comment diriger une patiente vers ses

Approche pratique de la violence liée au sexe :

Guide d'actions à l'intention des praticiens et gestionnaires de santé

Démarrer votre projet relatif à la violence liée au sexe

Démarrer un projet relatif à la violence liée au sexe comprend plusieurs étapes. Elles sont mentionnées dans un certain ordre qui obéit à une progression logique en vue d'élaborer et de mettre en œuvre le projet choisi par le service. Par exemple, avant que le personnel interroge les patientes sur la violence liée au sexe, il convient d'avoir institué une procédure permettant d'adresser les patientes à un service spécialisé parce qu'il serait contraire à l'éthique et non

professionnel de leur poser la question sans savoir où les adresser ensuite. Certaines de ces étapes peuvent s'accomplir simultanément.

Marche à suivre pour l'élaboration et la mise en œuvre du projet

Comme l'indique le chapitre précédent, le projet que vous aurez choisi comprendra certaines ou toutes les étapes brièvement décrites ci-dessous. Le projet A sera plus succinct que les projets B et C.

Figure 7. Guide d'élaboration du projet

Type de projet	Actions
----------------	---------

Type de projet	Actions
Projet A : étapes 1 à 11	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rencontrer les responsables communautaires. 2. Évaluer les capacités du personnel 3. Évaluer les ressources financières 4. Évaluer les relais existants 5. Choisir un type de projet relatif à la violence lié au sexe 6. Établir un plan de travail 7. Établir un plan d'évaluation et de contrôle 8. Mettre un place une procédure en vue d'adresser les patientes à des services spécialisés 9. Créer un protocole concernant la violence liée au sexe et la politique du service 10. Sensibiliser l'ensemble du personnel 11. Élaborer ou acquérir du matériel d'information destiné aux patientes
Projet B : étapes 1 à 17	<ol style="list-style-type: none"> 12. Élaborer les formulaires de dépistage 13. Modifier le parcours des patientes 14. Former le personnel soignant 15. Promouvoir la continuité des soins et un suivi 16. Assurer un soutien, une supervision et une formation continus du personnel 17. Éduquer la communauté
Projet C : étapes 1 à 18	<ol style="list-style-type: none"> 18. Augmenter le personnel et les services

9.1 **Description des étapes**

9.1.1 Rencontrer les responsables communautaires

Il importe dans un premier temps de rencontrer les responsables communautaires et d'engager un dialogue, notamment en leur demandant une contribution, en les informant du projet et en obtenant leur appui. Peuvent y participer, entre

autres, les politiciens, les dirigeants locaux, les ONG, le responsable de district en matière de santé, les ministres de la santé, la police, les chefs religieux. Une partie du débat doit porter sur la manière dont ces responsables perçoivent le problème de la violence liée au sexe et sur leur compréhension de ses répercussions sur la vie des personnes, des familles, des communautés et de la nation. L'un des éléments importants pour qu'ils

appuient le projet est de les faire participer à la discussion en sollicitant leur avis.

Il n'est pas nécessaire de disposer de statistiques sur la prévalence de la violence liée au sexe avant de rencontrer les responsables communautaires ou de démarrer le projet. Le premier objectif de chaque projet est d'aider les victimes à surmonter les répercussions de la violence liée au sexe. Chaque service pourra ensuite collecter des données sur la prévalence de la violence liée au sexe après la mise en œuvre du projet.

9.1.2 Évaluer les capacités du personnel

Avant de démarrer un projet relatif à la violence liée au sexe, les responsables de chaque service devront évaluer les connaissances du personnel à ce sujet. En outre, il importera de déterminer quels inconvénients et quels avantages le personnel voit à la mise en œuvre d'un tel projet. Il faudrait également mesurer l'action du service dans ce domaine, si c'est approprié. Par exemple, de leur propre initiative, certains membres du personnel interrogent peut-être déjà leurs patientes sur la violence liée au sexe. (Le formulaire présenté à l'annexe A vous aidera à procéder à cette évaluation.)

9.1.3 Évaluer les ressources financières

Il est nécessaire d'évaluer les ressources financières du service afin de déterminer quels sont les fonds disponibles ou quels fonds doivent être réunis pour mettre en œuvre un projet relatif à la violence liée au sexe. Il faut que les fonds disponibles

correspondent au budget détaillé de chaque projet (A, B ou C). Cela donnera au service une idée de ce qu'il peut faire ou du moins commencer à faire..

Figure 8. Prévisions de dépenses par projet

Projet A : des fonds sont nécessaires pour élaborer le matériel d'information, les procédures en vue de déférer les patientes à d'autres services et sensibiliser le personnel.

Projet B : des fonds sont nécessaires pour élaborer le matériel d'information sur les relais existants, le matériel d'information destiné aux patientes et au personnel, les nouveaux formulaires, la sensibilisation de tout le personnel, ainsi que la formation et la supervision des praticiens de santé.

Projet C : des fonds sont nécessaires pour élaborer du matériel d'information destiné aux patientes et au personnel, des nouveaux formulaires, la sensibilisation de tout le personnel, la formation et la supervision des praticiens de santé, la formation du personnel au traitement de la violence liée au sexe, l'embauche de personnel supplémentaire, et l'aménagement d'un site pour le traitement *in situ* de la violence liée au sexe..

9.1.4 Évaluer les relais existants

Il est fondamental de connaître les services disponibles dans la communauté desservie. Cela vous permettra, entre autres, de déterminer les lacunes de ces services. S'il n'existe pas de services relais ou s'ils présentent des lacunes importantes, il convient de remédier à cette situation avant de commencer à interroger les patientes sur la violence liée au sexe. Il serait contraire à l'éthique de poser la question à une patiente sans être en mesure de lui offrir de l'aide. Si un service fondamental faisait défaut (par

exemple, le soutien psychologique), il faudra que le projet veille à le fournir, peut-être *in situ*. L'une des possibilités pour combler ce manque est de former le personnel ou d'anciennes victimes de violence liée au sexe afin d'assurer que les patientes puissent recevoir sur place la thérapie et le soutien psychologique nécessaires.

9.1.5 Choisir son projet relatif à la violence liée au sexe

Il importe que le projet choisi (de A à C) puisse être mis en œuvre d'une manière réaliste. Cela signifie qu'il faut choisir son projet en tenant compte de certains critères.

Critères
?? La capacité du personnel
?? L'existence de services relais vers lesquels diriger les patientes
?? L'état financier du service et ses perspectives
?? L'infrastructure, notamment un lieu pour les discussions confidentielles

Ces projets fonctionnent comme des modules et un service peut tout à fait commencer par le projet A et y ajouter d'autres éléments par la suite comme, par exemple, l'interrogation de toutes les patientes dès qu'elles se présentent. Ainsi le projet évolue vers le Projet B. Il est préférable de mettre en œuvre un projet que l'on peut vraisemblablement réussir et d'y ajouter d'autres éléments par la suite.

Certains services souhaiteront peut-être embaucher un coordonnateur de projet (ou choisir un membre du personnel que la question intéresse et qui a les compétences requises) dont la tâche sera de surveiller la mise en œuvre de chaque étape. Ce coordonnateur travaillera, en collaboration avec le personnel, à la mise en œuvre du projet, collectant des données, organisant la formation continue et les groupes de soutien pour le personnel. Il interviendra également en cas de problèmes à résoudre.

9.1.6 Établir un plan de travail

Une fois que l'on a procédé à l'évaluation des ressources et choisi un projet, il convient d'établir un plan de travail en vue de canaliser les efforts. Un plan de travail élémentaire précise les actions qui doivent être entreprises, par qui et à quel moment. Pour réaliser votre projet, vous pouvez organiser votre plan de travail en vous guidant sur les étapes décrites au tableau 7 qui s'appliquent au projet. (Vous trouverez un exemple de plan de travail à l'annexe 2.)

9.1.7 Établir un plan de contrôle et d'évaluation

Le contrôle est important non seulement pour montrer aux autres ce que vous avez réalisé, mais aussi pour juger de la progression de votre projet et savoir quels sont les éléments qui fonctionnent bien et quels sont ceux qui demandent une modification. (L'annexe 3 présente un plan de contrôle et d'évaluation) Il est fondamental de planifier le contrôle et l'évaluation dès le démarrage du projet. Sinon vous risqueriez de vous rendre

compte plus tard que vous ne disposez pas de l'information dont vous avez besoin. Pour déterminer l'information qu'il vous faut, il suffit de penser au rapport annuel ou final que vous ferez sur le projet. Que voulez-vous en dire ? Quels tableaux voulez-vous inclure ? À quelles questions voulez-vous répondre ? Maintenant, la question est de savoir comment collecter ces données ?

Pour contrôler les actions menées dans le cadre de votre projet, vous aurez besoin d'indices. Ces indices recouvrent plusieurs aspects : apports, méthode, rendement, résultats et impact. Ces indices sont progressifs et classés dans un niveau de difficulté croissant.

Les indices d'apport prennent en compte les fournitures, l'équipement et le matériel acquis pour la réalisation du projet.

Les indices de méthode mesurent les activités de formation et d'encadrement.

Les indices de rendement enregistrent les résultats des méthodes employées comme par exemple le nombre de personnes ayant suivi une formation.

Les indices de résultats sont plus généraux et rendent compte, par exemple, de l'amélioration de la qualité des soins.

Les indices d'impact mesurent les résultats finaux du projet comme, par exemple, une réduction des effets de la violence liée au sexe sur les patientes.

Pour une activité donnée comme, par exemple, la formation, vous aurez recours à des divers indices, notamment, pour évaluer le volume de matériel de formation acquis (apport) ; le type de formation adoptée (méthode) ; le nombre de membres du personnel ayant reçu une formation (rendement) ; l'accroissement des connaissances du personnel et l'amélioration de ses comportements (résultats). Il n'est pas toujours nécessaire ni possible de mesurer l'impact.

Un plan de travail bien établi vous aidera à élaborer un plan de contrôle et d'évaluation. À chaque étape de la réalisation du projet, certaines activités seront développées. Prenez chacune d'entre elles et demandez-vous comment en évaluer la performance. N'oubliez pas que pour que ces données soient enregistrées, il convient d'assigner un membre du personnel à cette tâche, de le former à s'en acquitter, et de surveiller périodiquement son travail. Par exemple, si vous interrogez les patientes sur la violence liée au sexe et enregistrez leur réponses, il faut se demander qui sera chargé de regrouper ces données à la fin de chaque mois ? (L'annexe 11 propose un formulaire récapitulatif des données collectées chaque mois)

Outre le contrôle de certaines actions spécifiques, imaginez des questions plus larges concernant votre projet auxquelles vous voulez répondre et cherchez comment le faire. Vous trouverez ci-dessous certaines de ces questions et les moyens d'y répondre.

Projets A, B et C

- ?? **La méthode de sensibilisation employée a-t-elle réellement permis d'accroître les connaissances du personnel et de modifier ses comportements ?** Procédez à des tests avant et après le travail de sensibilisation.
- ?? **Le personnel trouve-t-il la méthode de sensibilisation utile ?** Interrogez le personnel deux ou trois mois après sa sensibilisation.
- ?? **Les patientes emportent-elles le matériel d'information mis à leur disposition dans les salles d'attente, etc. ?** Désignez un membre du personnel qui sera chargé de tenir le compte du matériel mis à disposition.
- ?? **Les patientes trouvent-elles le matériel d'information utile ?** Procédez à des sondages de sortie en interrogeant, par exemple, la cinquième ou la dixième patiente de la semaine. (L'annexe 12 propose un questionnaire type pour les sondages de sortie.)
- ?? **Quelle est la proportion de victimes répondant par l'affirmative quand on leur pose la question de la violence liée au sexe ?** Là encore, analysez les données enregistrées.
- ?? **Que ressentent les femmes lorsqu'on les interroge sur la violence liée au sexe ?** Procédez à des sondages de sortie auprès de certaines patientes, par exemple chaque 5e ou 10e patiente de la semaine. (L'annexe 12 présente un questionnaire de sortie type)
- ?? **Combien de femmes ont-elles été transférées à des services spécialisés, vers quels type de services et combien d'entre elles s'y sont rendues ?** Pour pouvoir répondre à ces questions, il faut que le personnel porte ces données au dossier médical des patientes et qu'elles soient ensuite regroupées et analysées.
- ?? **Le personnel tire-t-il profit des séances de soutien ?** Faites circuler des fiches d'évaluation confidentielles tous les trois mois.

Projets B et C

- ?? **Le personnel interroge-t-il vraiment les patientes sur la violence liée au sexe ?** Procédez à l'analyse des rapports pour voir si la question a effectivement été posée.
- ?? **La violence liée au sexe est-elle un problème courant dans la population que vous servez ?** Vous pouvez répondre à cette question en établissant la proportion de femmes ayant répondu par l'affirmative par rapport au nombre de femmes interrogées. Établir des pourcentages par type de violence subie.

Projet C

- ?? **Comment les patientes perçoivent-elles les nouveaux services ?** Utilisez des questionnaires confidentiels.
- ?? **Quels sont les services supplémentaires dont les patientes souhaiteraient bénéficier ?** Animez des groupes de discussion avec les patientes.
- ?? **La thérapie psychologique offerte par le service est-elle efficace en terme de réduction des symptômes ?** Vous pouvez distribuer des questionnaires relatifs aux

symptômes au début et à la fin du traitement.

Après avoir identifié les questions auxquelles vous souhaitez répondre et l'information dont vous aurez besoin pour le faire, la prochaine étape consiste à préparer un plan général d'évaluation et de contrôle. Ce plan montrera, pour chaque secteur d'activité, les indices que vous devrez utiliser, les sources d'information disponibles, la personne chargée de collecter l'information et la fréquence à laquelle ces données sont collectées. (L'annexe 3 présente un exemple de plan de contrôle et d'évaluation.)

La collecte de données pose la question de la confidentialité. Il importe d'assurer la confidentialité des réponses fournies par les patientes sur la violence liée au sexe. Pour ce faire, il faut se donner les moyens de protéger l'identité des patientes, par exemple, en utilisant les numéros des dossiers lorsqu'on extrait l'information du dossier médical d'une patiente et en conservant les dossiers médicaux sous clé. Si le nom des patientes est enregistré sur ordinateur, ces fichiers doivent être protégés afin d'en limiter l'accès.

9.1.8 Établir une procédure de transfert des patientes vers d'autres services

La mise en œuvre des projets A, B, et C demande qu'il existe, dans la région, des services d'aide aux victimes de la violence liée au sexe tels que la soutien psychologique et socio-psychologique, l'aide judiciaire et juridique, l'aide au logement, etc. Certains établissements souhaiteront peut-être embaucher un consultant qui

pourrait rencontrer les éventuels services relais et en évaluer la qualité. Au lieu d'embaucher un consultant, il est également possible de charger un membre du personnel de recenser et d'évaluer les ressources disponibles en matière de services d'aide aux victimes.

Il importe de s'assurer de la formation et de l'expérience du personnel des services relais dans le traitement des victimes de violence liée au sexe afin que les femmes qu'on leur adresse reçoivent l'aide dont elles ont besoin. (Un guide pour vous aider à évaluer ces services se trouve à l'annexe 4.)

Après avoir procédé à l'identification et à l'évaluation de ces éventuels services relais, il convient de déterminer comment le personnel accèdera à ces services. Pour le projet A, le matériel d'information mis à disposition dans les salles d'attente comprendra une liste de services d'aide aux victimes afin que les femmes puissent les appeler ou s'y rendre de leur propre initiative.

Pour les projets B et C (outre la mise à disposition de matériel d'information dans les salles publiques et privées de l'établissement), il importe de créer un registre des services d'aide disponibles afin que le personnel puisse sans difficulté diriger leurs patientes vers les services dont elles ont besoin. On peut instituer un classement par catégorie de services et, dans chaque catégorie, décrire individuellement chaque institution dans le détail, en mentionnant, notamment, le nom de la personne à contacter, les tarifs (si le service est payant), les horaires, etc.

Chaque membre du personnel doit savoir où trouver ce registre et comment l'utiliser. On peut également chargé un membre du personnel de le mettre à jour régulièrement, par exemple deux fois par an, en y inscrivant les nouveaux services disponibles, en éliminant ceux qui ont fermé ou dispensent des soins de piètre qualité.

9.1.9 Élaborer un protocole et une politique

Afin d'intégrer la violence liée au sexe aux programmes de santé destinés aux femmes, il est nécessaire de rédiger un protocole précisant le fonctionnement de chaque projet. Ce protocole doit être observé dès que la patiente pénètre dans le service. Voici quelques questions auxquelles le protocole doit répondre :

- ?? **Le matériel d'information sera-t-il distribué à chaque patiente qui fréquente le service ou mis à disposition dans les salles publiques ou privée de l'établissement ? Ou les deux ?**
- ?? **Qui interrogera les patientes sur la violence liée au sexe ?**
- ?? **Qu'arrivera-t-il si une femme révèle être ou avoir été exposée à la violence liée au sexe ?**
- ?? **Comment cette information sera-t-elle consignée dans son dossier médical et à quelle place ?**
- ?? **Qui sera chargé de transférer les victimes de violence liée au sexe vers des services spécialisés ?**

Ce protocole aura la forme d'un document écrit. Une partie de la

formation du personnel devra expliquer la logique du protocole et son fonctionnement afin qu'il soit compris par tous. Ainsi chaque membre du personnel connaîtra son rôle dans ce protocole et saura s'en acquitter. Le protocole indiquera également au personnel à qui s'adresser en cas de problèmes dans la mise en œuvre du projet relatif à la violence liée au sexe.

Pour ce qui est des politiques de fonctionnement, les deux domaines critiques sont la confidentialité et l'intimité. Ces deux questions ont été discutées précédemment (Se reporter au chapitre 8.)

9.1.10 Sensibiliser tout le personnel

Pour qu'un projet réussisse, il doit recueillir l'appui de tout le personnel. Il importe donc que le personnel comprenne les raisons pour lesquelles le projet relatif à la violence liée au sexe est intégré aux programmes existants et quelles en sont les implications pour l'ensemble du service. Quel que soit le projet choisi, le personnel doit y être sensibilisé. Si, comme dans le Projet A, du matériel d'information est mis à disposition dans les salles d'attente et qu'une patiente commence à en parler avec le membre du personnel qui se trouve à la réception, celui-ci doit pouvoir répondre aux questions, aux préoccupations et à l'expérience de la patiente.

Figure 9. Sujets abordés dans le cadre de la sensibilisation du personnel

- ?? Raisons pour lesquelles la question de la violence liée au sexe doit être intégrée à la santé reproductive
- ?? Notion de genre

- ?? Définitions des divers types de violence liée au sexe
- ?? Statistiques
- ?? Législation relative à la violence liée au sexe en vigueur dans le pays
- ?? Mythes concernant la violence liée au sexe
- ?? Attitudes et préjugés du personnel concernant la violence liée au sexe
- ?? Liens entre la violence liée au sexe et la santé reproductive
- ?? Raisons de l'existence de la violence liée au sexe dans les sociétés
- ?? Nature cachée du problème
- ?? Répercussions de la violence liée au sexe sur la victime, la famille et la société
- ?? Dynamique de la violence liée au sexe
- ?? Symptômes manifestés par les victimes de violences liées au sexe
- ?? Réticences à en parler
- ?? Fonctionnement du projet
- ?? Fonctions du personnel auprès des victimes de la violence liée au sexe

Comme la plupart d'entre nous, le personnel a sans doute des idées préconçues à propos de la violence liée au sexe. Il faut que le personnel puisse examiner ses préjugés et ses positions sur cette question. Il importe donc de l'aider à les confronter et à les modifier. Pour ce faire, il peut s'avérer très efficace de diviser le personnel en petits groupes où sont organisés des exercices qui permettent d'examiner et de réfléchir à ces préjugés.

En participant à des jeux de rôle donnant à chacun l'occasion d'être l'auteur de la violence et la victime le personnel parvient à comprendre ce que ressent une femme battue qui

parle à un infirmier ou un médecin. Les jeux de rôle permettent également de s'entraîner à poser des questions sur la violence liée au sexe dans un environnement balisé. Cet aspect de la sensibilisation est important pour la réussite du projet. En distribuant les questionnaires avant et après la sensibilisation, vous pourrez mesurer son efficacité, tant l'accroissement des connaissances que l'évolution des comportements.

Il est nécessaire de sensibiliser l'ensemble du personnel avant le démarrage du projet relatif à la violence liée au sexe, puis périodiquement pour mettre à jour les connaissances du personnel et former les nouveaux membres.

9.1.11 Élaborer ou acquérir du matériel d'information destiné aux patientes

Pour tout projet, il convient d'élaborer ou d'acquérir le matériel d'information le plus approprié à la communauté des patientes. Il sera peut-être nécessaire de l'adapter en partie, surtout s'il comporte une liste de services où les patientes peuvent s'adresser pour obtenir de l'aide. (Se reporter à l'annexe 14 pour savoir où se procurer du matériel d'information sur la violence liée au sexe.)

Le matériel minimum dont votre service a besoin doit se composer d'affiches sur la violence liée au sexe, de brochures et de textes disposés dans la salle d'attente, les toilettes, les salles d'examen, ainsi que de cartes au format de poche. Ces cartes peuvent être mises à disposition dans les toilettes et être imprimées de slogans comme « vous ne méritez pas d'être

battue » ou décrire les différents types de violences liées au sexe en demandant aux femmes si elles sont exposées à l'une d'entre elles. Ces cartes peuvent également servir à informer les femmes sur les lois relatives à la violence liée au sexe en vigueur dans le pays. Elles peuvent expliquer aux femmes quel plan de sûreté appliquer dans une situation de violence domestique. Il est également possible d'inclure des informations sur la violence liée au sexe dans le matériel d'information sur la santé déjà distribué par le service.

Les projets B et C nécessitent en outre l'édition de cartes et/ou de brochures contenant des informations sur les services d'aide disponibles, qui seront placées en divers points de l'établissement. Même si, dans les projets B et C, la question sera directement posée aux femmes, certaines d'entre elles ne pourront pas répondre tout de suite aux questions, mais parviendront à prendre le matériel mis à leur disposition et à s'en servir un jour pour recevoir de l'aide. Il est important de leur offrir ce choix.

Le matériel d'information doit être rédigé dans une langue appropriée et dans un style accessible à la plupart des patientes. On pourra s'inspirer du matériel créé par d'autres centres pour se faire une idée de ce qui conviendra le mieux au service et à la population concernée. Ce matériel peut être vendu (ou donné). C'est une acquisition qui permet de disposer rapidement de brochures et d'affiches attrayantes pour commencer.

9.1.12 Élaborer des formulaires de dépistage

Dans le cadre des projets B et C, on interrogera les patientes directement sur la violence liée au sexe dans leur vie. Il importe de poser les mêmes questions à chaque patiente venant consulter et de reporter ses réponses dans son dossier médical. (L'annexe 5 donne un exemple de protocole de dépistage.) La manière la plus brève de reporter cette information est d'utiliser un tampon encreur permettant d'estampiller les dossiers et de reporter les réponses en cochant les cases appropriées. (Se reporter à l'annexe 6 pour un modèle.)

Dans le cadre du projet B, si une patiente révèle, par exemple, qu'elle est battue, le prestataire a besoin de disposer d'informations complémentaires portant notamment sur le danger qu'elle court. En cas de danger immédiat, le prestataire devra élaborer avec elle un plan de sûreté. (Les annexes 7 et 8 en donnent des exemples.)

Dans le cadre du Projet C, si la patiente révèle qu'elle a subi des sévices sexuels pendant l'enfance, la prochaine étape consiste à procéder à une évaluation approfondie (se reporter à l'annexe 9). Elle peut être conduite par un conseiller sociopsychologique ou un membre du personnel formé au traitement de la violence liée au sexe. Le formulaire d'évaluation, rempli avec l'assistance du praticien de santé, aidera la patiente à comprendre comment la violence, présente ou passée, affecte sa santé et, si elle est en danger immédiat, comment cela affecte ses enfants, ainsi que le type

de services d'aide, internes ou externes, dont elle a besoin.

9.1.13 Modifier le parcours de la patiente

Si votre service choisit les projets B ou C, il convient de repenser ou de clarifier le parcours de la patiente à travers le service. Il faut y réfléchir avant de commencer le projet.

Il importe de répondre aux questions suivantes :

- ?? **Quand interrogera-t-on la patiente sur la violence liée au sexe et qu'arrivera-t-il si elle répond « oui » ?**
- ?? **Que fait-on lorsqu'une patiente ne révèle pas la violence liée au sexe dès son admission, mais l'avoue au médecin qui, par exemple, remarque qu'elle porte des traces de coups et lui pose la question ? Quelle est la prochaine étape pour cette patiente ? Est-ce qu'elle retourne à l'étape précédente ou, dans le cadre du Projet C, est-ce qu'elle est adressée à un conseiller sociopsychologique ou à un membre du personnel compétent ? Après avoir discuté de la violence liée au sexe, revoit-elle le médecin ?**
- ?? **Dans le cadre du projet C, que se passe-t-il si le conseiller sociopsychologique ou le membre du personnel compétent est absent ce jour-là ? Que fait-on si une patiente s'avoue victime de violence liée au sexe ? Lui propose-t-on un rendez-vous, à une autre date, avec le conseiller sociopsychologique ou le membre du personnel compétent ?**

Réfléchir à l'avance à ces questions garantira un meilleur fonctionnement

du projet pour les patientes et pour le personnel. On peut très bien dessiner un diagramme représentant les divers parcours possibles afin de les étudier avec le personnel. Le moyen d'informer le personnel des nouveaux parcours est de les présenter lors d'une séance de formation clinique.

9.1.14 Former le personnel soignant

Le personnel soignant, comprenant les conseillers médicaux, les médecins et les infirmiers, doit recevoir une formation approfondie puisqu'il est en contact direct avec les patientes et abordera la question avec elles. Le personnel doit se sentir à l'aise et compétent pour s'acquitter de sa tâche.

Par le passé, la formation des prestataires de services de santé ne comprenait pas la violence liée au sexe et, au début, c'est un sujet duquel ils auront peut être des difficultés à discuter avec les patientes. L'objectif de la formation est de les aider à surmonter ces réticences et à comprendre l'importance de leur rôle dans l'aide aux victimes de la violence liée au sexe. Leur fonctions au sein du projet sont d'attester, d'écouter, de soutenir, de former, et de valider l'expérience des patientes. (Se reporter au Chapitre 8.)

Les projets B et C demandent que l'on identifie des consultants capables d'offrir une formation approfondie au personnel (se reporter au tableau 10). Il existe maintenant des consultants dans ce domaine que l'on peut interviewer et embaucher s'ils conviennent. Il existe également du matériel que peuvent se procurer les dispensaires de santé et leur personnel

pour s'informer sur la violence liée au sexe. (Vous trouverez des exemples à l'annexe 14 et sur les sites Internet recommandés.)

La création d'une bibliothèque aiderait également le personnel dans son travail en lui permettant de s'informer sur la violence liée au sexe en général et sur certains points précis comme le lien avec le VIH/sida ou les répercussions sur la grossesse des sévices sexuels subis pendant l'enfance.

9.1.15 Promouvoir la continuité des soins et leur suivi

Une mention doit figurer au dossier des patientes qui ont révélé être exposées à la violence liée au sexe. Formé à l'évaluation et au traitement des victimes de la violence liée au sexe, le praticien de santé est conscient qu'une patiente victime de violence liée au sexe peut avoir des difficultés à se déshabiller ou à se laisser examiner intimement. Pour la patiente, la violence liée au sexe est un facteur à prendre en compte dans toutes procédures et méthodes de planification familiale choisies. Par exemple, un homme qui bat sa partenaire peut également s'opposer, pour assurer sa domination, à toute méthode de planification familiale. La patiente qui souhaite néanmoins garder le contrôle de son corps (et décider ou non d'être enceinte) a besoin d'une forme de planification familiale qu'elle peut utiliser à l'insu de son partenaire. Il importe donc que les praticiens de santé tiennent compte de l'exposition de leur patiente à la violence liée au sexe avant de recommander une méthode de

planification familiale plutôt qu'une autre.

Lorsqu'un membre du personnel revoit une patiente qui, au cours de sa dernière visite, a révélé la présence de violence liée au sexe dans sa vie, il convient de rappeler cet aveu avec sensibilité, sans juger. Dans le cadre du suivi, la patiente sera de nouveau interrogée sur la violence liée au sexe dans sa vie et l'information sera mise à jour, à savoir si la violence se poursuit et quelles sont ses répercussions sur la vie de la patiente. Si c'est opportun, on proposera de nouveau à la patiente de l'adresser à un service spécialisé. C'est particulièrement important pour les patientes qui avaient refusé cette offre. Il est possible que, cette fois, elles soient prêtes à l'accepter.

9.1.16 Assurer un soutien, un encadrement et une formation continue du personnel

Lorsqu'on intègre un projet relatif à la violence liée au sexe dans un programme, c'est avec l'objectif d'en aider les victimes. Il est important d'ouvrir le débat sur ce sujet non seulement pour les patientes mais il faut aussi l'étendre au personnel. Les statistiques démontrent qu'il y a vraisemblablement des membres du personnel qui subissent ou ont subi des violences liées au sexe. Ils ont également besoin de savoir comment le projet relatif à la violence liée au sexe peut les aider sans se sentir honteux ou stigmatisés. Ce message est important pour plusieurs raisons, notamment du fait qu'un membre du personnel peut être lui-même en danger ou sérieusement blessé. Cette aveu peut affecter la qualité du projet.

Un membre du personnel victime de violence liée au sexe ayant gardé le secret sera peut être réticent à parler de cette question avec ses patientes. Il évitera peut-être de poser des questions parce qu'elles le rendent mal à l'aise et anxieux, évoquant le souvenir de ses propres sévices. Cela vaut pour les patientes comme pour le personnel, les victimes de la violence liée au sexe commencent à confronter ses répercussions dans leur vie lorsqu'elles ont compris que ce phénomène peut toucher toutes les femmes, dans toutes les parties du monde, et que ses collègues sont disposés à offrir leur compréhension, leur soutien et leur aide. Il serait dans la logique du projet et bénéfique à l'ensemble d'autoriser les membres du personnel souffrant des répercussions de la violence liée au sexe à recevoir l'aide et le soutien dont ils ont besoin.

La formation continue est un élément important du projet. Le personnel doit rafraîchir ses connaissances régulièrement et recevoir une formation sur les nouveaux points liés au projet. Il convient aussi de s'enquérir régulièrement auprès du personnel des sujets qu'ils souhaiteraient inclure dans la formation. Les nouveaux membres du personnel doivent bien sûr recevoir une formation sur cette question.

Figure 10. Éléments de la formation du personnel soignant

- ?? Comprendre les avantages d'intégrer le projet relatif à la violence liée au sexe dans le programme
- ?? Clarifier le rôle de chaque membre du personnel en relation avec la victime
- ?? Identifier les répercussions et les symptômes physiques et psychologiques de la violence liée au sexe
- ?? Reconnaître la dynamique de la violence liée au sexe
- ?? Comprendre les réticences des patientes à en parler
- ?? Reconnaître et surmonter les réticences du personnel à aborder la question
- ?? Discuter des inquiétudes des praticiens de santé concernant leur protection en cas de représailles
- ?? Apprendre à évaluer directement et indirectement les victimes
- ?? Apprendre à interroger les patientes sur la violence liée au sexe
- ?? Apprendre à sentir à l'aise pour aider les patientes qui répondent "oui"
- ?? Développer des techniques de dialogue avec les patientes qui répondent «non» lorsqu'on les soupçonne de subir des violences
- ?? Comprendre comment reporter les informations et assurer leur confidentialité
- ?? Apprendre comment adresser une patiente à un service spécialisé
- ?? Discuter des incidences du projet sur le personnel
- ?? Se familiariser avec les nouveaux formulaires et le registre de services spécialisés

Une autre part importante du projet consiste à appuyer les membres du personnel qui sont en contact direct et continu avec les victimes. C'est

douloureux d'écouter des récits de violence et peut leur coûter. C'est particulièrement vrai si le personnel ne bénéficie par d'un appui suffisant et d'un renforcement suivi des compétences. Ils peuvent développer ce qu'on appelle un traumatisme secondaire ou indirect. Outre les conséquences néfastes sur le personnel, le projet lui même pourrait en souffrir parce que le personnel, se sentant submergé, pourrait cesser d'interroger les patientes ou poser la question en faisant comprendre qu'il ne souhaite pas vraiment en connaître la réponse.

Pour contrer ce risque, il est nécessaire d'assortir le projet d'un soutien et d'un encadrement continus qui donnent au personnel l'occasion de discuter des émotions qui les perturbent, de s'entretenir des cas compliqués et douloureux, de recevoir un soutien pour faire ce travail et d'acquérir de nouvelles compétences. Le soutien et l'encadrement du personnel sont aussi importants que la formation.

Ils permettent également d'améliorer le projet en révélant ce qui fonctionne bien, ce qui doit être modifié ou ajouté, ainsi que les compétences supplémentaires dont le personnel a besoin pour travailler avec les victimes. Une réunion mensuelle d'encadrement dirigée par un facilitateur formé permettrait aux membres du personnel d'acquérir de nouvelles compétences et de se sentir soutenu dans leur travail. Plus le personnel se sent sûr de ses outils et de ses méthodes, plus il est compétent pour bien faire ce travail.

9.1.17 Établir des réseaux et impliquer la communauté

La sensibilisation à tout sujet passe par l'introduction de nouvelles idées et de nouvelles façons de penser à ce propos. C'est vrai aussi avec la violence liée au sexe. Premièrement, la population n'est peut être pas consciente que la violence liée au sexe n'est plus une question d'ordre privé, mais qu'elle affecte la communauté tout entière. Les travailleurs sociaux peuvent organiser des réunions sur ce thème en privilégiant certains aspects intéressant diverses personnes et groupes communautaires. En voici quelques exemples : le coût de la violence liée au sexe dans les villes et les campagnes, les lois relatives à la violence liée au sexe dans un pays donné, les répercussions de la violence liée au sexe sur les enfants, comment reconnaître les symptômes de la violence domestique et d'autres types de violence liée au sexe chez la victime. Chacun de ces sujets peut permettre d'amener une discussion sur la violence liée au sexe.

En informant les personnes présentes à ces réunions du projet relatif à la violence liée au sexe mis en place dans votre service, vous ferez connaître vos actions. En distribuant du matériel d'information lors ces réunions, vous donnerez aux participants une chance de le lire et de le transmettre à d'éventuelles victimes de violence liée au sexe. Les participants peuvent ainsi diriger de manière informelle des patientes vers le projet relatif à la violence liée au sexe.

L'autre moyen d'initier le changement est d'éduquer certains groupes de population. Par exemple, on peut organiser des réunions d'hommes dans la communauté afin qu'ils puissent discuter de leur socialisation en tant qu'homme, du rôle des sexes, et de la manière dont cela affecte leur relations avec les femmes. Ces groupes se réunissent sur une courte durée et peuvent permettre aux hommes, peut-être pour la première fois, de réfléchir à leur valeurs et à leurs attitudes pour éventuellement abandonner leur comportement abusif. Dirigés par une personne compétente, ces groupes sont un outil puissant. Des expériences de ce type ont été conduites avec succès dans de nombreux pays et il existe du matériel d'information écrit pour guider la création de groupes d'hommes. C'est un excellent moyen d'impliquer les hommes (Corsi, 1999).

9.1.18 Augmenter le personnel et les services

Si, comme dans le projet C, vous prévoyez un traitement *in situ*, les membres du personnel montrant un intérêt et des qualités pour ce travail devront être formés pour évaluer et traiter la violence liée au sexe. Sinon du personnel supplémentaire peut être embauché pour le conseil sociopsychologique, notamment des travailleurs sociaux compétents ou des psychologues ayant une expertise

dans le traitement de la violence liée au sexe ou la thérapie de groupe afin de travailler avec des groupes de victimes. On peut ainsi organiser des groupes de victimes de viol, de femmes battues, de femmes et d'adolescentes ayant subi des sévices sexuels pendant l'enfance. Ces groupes sont utiles aux victimes et représentent un moyen peu onéreux d'offrir un service efficace.

Une autre possibilité consiste à former d'anciennes femmes battues ou victimes de viol à diriger ces groupes de soutien aux victimes. Elles pourraient être chargées de rencontrer les victimes et de les évaluer en conduisant l'évaluation approfondie de la violence liée au sexe et de ses répercussions (se reporter à l'annexe 9). Pendant cet entretien, on se fera une idée plus précise de la situation de la victime et du type d'aide dont elle a besoin—judiciaire, psychologique, logement, conseil sociopsychologique, interne ou externe.

Dans le cadre du projet C, on peut proposer *in situ* un service supplémentaire d'aide judiciaire aux victimes. Les victimes pourraient rencontrer un avocat qui les informerait de leurs droits selon la loi, répondrait à leur questions juridiques et les aiderait à trouver les moyens de se protéger de l'auteur de la violence.

Approche pratique de la violence liée au sexe :

Guide d'actions à l'intention des praticiens et gestionnaires de santé

Annexes

Annexe 1.	Formulaire d'évaluation du service	47
Annexe 2.	Exemple de plan de travail.....	49
Annexe 3.	Exemple de plan de contrôle et d'évaluation	50
Annexe 4.	Établir un réseau de services partenaires.....	51
Annexe 5.	Poser des questions sur la violence liée au sexe.....	52
Annexe 6.	Exemple de fiche de documentation.....	Error! Bookmark not defined.
Annexe 7.	Évaluation du danger	Error! Bookmark not defined.
Annexe 8.	Plan de sûreté.....	Error! Bookmark not defined.
Annexe 9.	Formulaire d'évaluation approfondie (pour le Projet C)	59
Annexe 10.	Carte du corps.....	Error! Bookmark not defined.
Annexe 11.	Tableau récapitulatif des données mensuelles....	Error! Bookmark not defined.
Annexe 12.	Exemple de questionnaire de sortie	Error! Bookmark not defined.
Annexe 13.	Évaluation de ce guide d'actions.....	64
Annexe 14.	Sources d'Information sur la violence liée au sexe.....	65

Appendix 1. Formulaire d'évaluation du service

A. Que fait actuellement votre service à propos de la violence liée au sexe ?

1. Certains membres du personnel ont-ils une sensibilisation générale à la violence liée au sexe ?
2. Si oui, de quel type formation s'agit-il et qui l'a suivie ?
3. Y a-t-il du matériel d'information sur la violence liée au sexe dans la salle d'attente ?
4. Le personnel a-t-il reçu une formation pour identifier, évaluer et aider les victimes de violence liée au sexe ?
5. Les patientes de votre service sont-elles actuellement interrogées à ce sujet ?
6. Si oui, disposez-vous d'une section où reporter ces informations sur la fiche d'admission ou le dossier médical ? Un espace est-il prévu pour prendre des notes sur la violence liée au sexe ?
7. Disposez-vous d'une liste de services spécialisés vers lesquels diriger les victimes de violence liée au sexe ?

B. Évaluation du degré d'intérêt et de préoccupation du personnel

1. Quel est le degré d'intérêt manifesté par le personnel pour la réalisation d'un tel projet ?
(Noter sur une échelle de 1 à 5, 1 = le plus petit ; 5 = le plus grand)

Catégorie de personnel	Moyenne des niveaux d'intérêt (1-5)	Commentaires
a. Travailleurs de santé b. Médecins c. Infirmiers/Sages-femmes d. Administrateurs e. MIS f. Educateurs g. Travailleurs sociaux h. Personnel d'appui		

2. Quels avantages le personnel voit-il dans le projet ?
3. Quels inconvénient voit-il à un projet sur la violence liée au sexe ? (Utiliser cette information pour répondre aux préoccupations du personnel concernant la mise en œuvre du projet. Créer la possibilité d'en discuter, lors d'une réunion du personnel par exemple.)

C. Éventuels Problèmes

Il est normal que des difficultés apparaissent. Les domaines de préoccupation sont :

- ?? **Comment présenter le projet au personnel**
- ?? **Comment évaluer le projet**
- ?? **Comment former le personnel**
- ?? **Comment adopter une approche systématique sans sauter d'étapes**
- ?? **Comment répondre aux préoccupations du personnel concernant le temps passé**

Appendix 2. Exemple de plan de travail

Date – 1er janvier 2002

Étape	Actions	Responsables	Date de réalisation
Évaluer la capacité du personnel (Utiliser le formulaire de l'annexe 1.)	Entretien individuel avec tous les membres du personnel	Chef du personnel	19 janvier
	Réunions avec le personnel pour discuter de ses préoccupations, etc.	Directeur de l'établissement	26 janvier
	Établir un plan pour répondre aux questions soulevées	Cadre	9 février
Évaluer les ressources financières	Tenir une réunion pour discuter des ressources	Directeur de l'établissement, comptable	19 janvier
Évaluer les services de relais	Identifier les ressources locales par le téléphone, l'Internet., des rencontres, etc.	Coordonnateur du projet provisoire	26 janvier
Etc.			
Etc.			
Etc.			

Appendix 3. Exemple de plan de contrôle et d'évaluation

Action	Indice	Sources des données	Personne Responsable	Fréquence
Sensibilisation du personnel	Sessions de <u>methode</u> tenues	États du projet	Coordonnateur du projet	Continue
	Sensibilisation du personnel <u>Rendement</u> conscience accrue, connaissances, attitudes	Avant et après	Coordonnateur du projet	Chaque sensibilisation
Dépistage de la violence liée au sexe	<u>Méthode</u> – pourcentage de patientes interrogées	Dossiers médicaux	Personnel soignant	Quotidienne
	<u>Rendement</u> – pourcentage ou nombre de femmes interrogées ayant répondu « oui »	Récapitulatifs mensuels (voir l'annexe 11)	Coordonnateur du projet	Mensuelle
Etc.				
Etc.				
Etc.				

Appendix 4. Établir un réseau de services spécialisés

Nom de l'institution : Directeur :	Type d'institution : Horaires et jours d'ouverture :
Adresse:	Téléphone :
	Fax :
	Email :
Quel type de population servez-vous?	Recevez-vous principalement des victimes de violence liée au sexe ? Oui/Non
Quel est le profil des victimes qui vous consultent ? Quels sont les critères d'admission d'une patiente dans votre service?	
Apportez-vous une aide directe ou adressez-vous les victimes à d'autres centres ?	Si vous apportez une aide directe, de quel type d'aide s'agit-il ? (judiciaire, médicale, sociale, psychologique, éducative, etc.)
Si vous adressez les patientes à d'autres centres, lesquels ?	Vos services sont-ils payants? Oui/Non Si oui, vos tarifs sont-ils fixes ou dégressifs ?
Quel est le profil du personnel qui reçoit les victimes ?	Votre service propose-t-il des activités particulières ?
Connaissez-vous d'autres institutions qui offrent le même type d'aide aux victimes de violence liée au sexe ? Si oui, pouvez-vous nous transmettre cette information afin que nous les sollicitions ?	Seriez-vous intéressé par une collaboration entre nos services en vue de s'adresser réciproquement des patientes ? Oui/Non
Souhaiteriez-vous participer à un réseau de services qui travaillent sur la violence liée au sexe ?	
Oui/Non	

Instructions

- ?? Se Procurer les noms des éventuels services relais auprès des organisations non gouvernementales (ONG), des hôpitaux, des responsables communautaires, et fonctionnaires locaux.
- ?? Si possible, essayer d'obtenir un rendez-vous. Vous trouverez ci-dessus des exemples de questions qui peuvent être utilisées pour évaluer chaque groupe ou service contacté.
- ?? Proposer de garder le contact et de travailler en semble à la création d'un réseau, si cela les intéresse.

- ?? Dresser une liste des relais existants à l'aide des informations rassemblées. Créer un registre de relais en les séparant par catégorie de services, notant toutes les informations nécessaires dans chaque domaine, juridique, social, logement, médical, psychologique... Établir le registre en inscrivant une institution par page. Il importe de noter toutes les informations utiles pour déterminer vers quelle institution diriger une patiente.

Appendix 5. Poser des questions sur la violence liée au sexe

A. Principes de base

Il importe de poser des questions d'une manière parfaitement compréhensible pour les patientes. Il est important de **ne pas** utiliser de termes techniques ou négatifs qui pourraient désorienter la patiente et faire en sorte qu'elle se sente responsable. Il est préférable de poser des questions qui décrivent un comportement et de demander à la patiente si cela lui est déjà arrivé (se reporter aux exemples ci-dessous). Le personnel doit également se sentir à l'aise avec les questions. Sinon, la personne qui pose les questions communique son malaise à la patiente qui risque de répondre par la négative, même si elle est victime de violence liée au sexe.

Il est fondamental que la personne chargée d'interroger les patientes pose toujours les mêmes questions. C'est très important pour la collecte de données en vue de déterminer le pourcentage de patientes confrontées à quel type de violence. Le coordonnateur du projet ou d'autres membres du personnel doivent décider d'une liste de questions précises. Il convient de décider des questions qui seront posées avant de commencer la formation du personnel soignant qui sera chargé de les poser.

Avant d'interroger une patiente sur la violence liée au sexe, il importe d'expliquer les raisons pour lesquelles on lui pose ces questions et de normaliser le sujet grâce à l'une des ouvertures suivantes :

« Je pose ces questions à toutes les patientes. »

« De nombreuses femmes sont victimes de violence liée et sexe et, dans ce service, nous pensons qu'il est important d'en parler avec nos patientes. »

« Je sais que certaines choses sont d'ordre privé dans certaines sociétés, comme la violence liée à l'égard des femmes. Dans ce service, nous pensons que ce n'est pas privé. Nous croyons qu'il est important d'en parler. »

« Il arrive qu'on entende dire que ce n'est rien d'être battue ou abusée par quelqu'un qu'on aime. On dit que c'est une forme d'amour. Mais je sais que ces choses là ne devraient pas arriver. Personne ne mérite d'être battue ou de subir des sévices sexuels. Je voudrais savoir si cela vous est jamais arrivé ».

B. Poser des questions sur la violence liée au sexe

Les questions doivent permettre d'identifier trois types de violence liée au sexe—les sévices sexuels durant l'enfance, le viol et la violence domestique. Vous trouverez ci-dessous des exemples de questions pour chaque type de violence. Quelles que soient les questions choisies, elles doivent être inscrites sur des fiches conservées dans la salle d'entretien afin de garantir que chaque intervenant posera exactement la même série de questions.

Choisir une série de questions (Exemples de questions à poser aux patientes)

Sévices sexuels durant l'enfance

- ?? Quelquefois, les petites filles sont caressées d'une manière qui les gêne ? cela vous est-il déjà arrivé ?
- ?? Quelqu'un vous a-t-il déjà touché d'une manière qui vous a gênée ?
- ?? Pendant votre enfance, est-il arrivé que l'on vous caresse sexuellement ?

Viol

- ?? Vous a-t-on jamais forcée ou contrainte à avoir des rapports sexuels sans votre consentement ?
- ?? Quelqu'un de votre entourage ou un étranger vous a-t-il forcée à avoir un rapport sexuel que vous ne vouliez pas ?
- ?? Avez-vous l'impression d'avoir le contrôle de vos relations sexuelles, seriez entendue si vous refusiez d'avoir un rapport sexuel ?

Violence domestique

Les questions doivent porter sur diverses formes de violence. (Le viol comme élément de la violence conjugale est inclus dans les questions précédentes)

- ?? Votre partenaire vous a-t-il jamais frappée, giflée, donné des coups de pieds ou menacée de la faire ?
- ?? Avez-vous peur de votre partenaire ?
- ?? Votre partenaire vous a-t-il déjà critiquée, insultée, ou hurlé dessus ? Lui est-il arrivé de détruire des choses vous appartenant ou des choses de la maison ?
- ?? Votre partenaire a-t-il jamais menacé votre vie ; a-t-il tenté de vous isoler de votre famille ou de vos amis ; ou refusé de vous donner de l'argent ou de vous laisser sortir de la maison ?

On peut aussi poser des questions plus générales

- ?? En tant qu'adulte, avez-vous déjà été blessée ou avez-vous souffert de sévices ou de toute forme de violence commise par votre partenaire, comme être battue ou contrainte d'avoir des rapports sexuels ?
- ?? Avez-vous peur de quelqu'un ?

C. Comment réagir aux réponses des patientes

Si une patiente répond « oui » à l'une des questions sur la violence liée au sexe, il faut lui offrir un appui et valider son expérience. Voici quelques réponses possibles :

« Je suis sincèrement désolée de ce qui vous est arrivé. J'ai besoin de vous poser d'autres questions pour que nous puissions vous aider. »

« Personne ne devrait subir de violence. Vous ne le méritez pas. Je sais que c'est difficile. »

« Je suis content que vous ayez pu m'en parler. Je crois que nous pouvons vous aider. J'ai besoin de vous poser d'autres questions qui me donneront suffisamment d'éléments pour que nous déterminions, ensemble, quelles sont vos meilleures options. »

Obtenir plus d'information de la part de la patiente qui répond « oui ».

Il convient de lui demander qui était (ou est) l'agresseur, combien de temps la situation abusive a duré, si elle est en danger aujourd'hui. (Se reporter à l'annexe 9 pour une liste de questions) Il faut se faire une idée du type de services spécialisés dont elle a besoin pour l'y transférer. Expliquer à la patiente quels sont les services disponibles et quels sont ceux qui lui conviendraient le mieux.

Quand une patiente répond « non » aux questions sur la violence liée au sexe

Les patientes peuvent répondre « non » parce qu'elles n'ont jamais été exposées à la violence liée au sexe. Lorsqu'une patiente répond « non » une première fois, il faut lui reposer la question lors de sa prochaine visite, parce que les situations peuvent changer. Par exemple, une relation peut être violente dès le début, mais il se peut que la violence ne se manifeste qu'après le début de la grossesse.

Les victimes de la violence liée au sexe ont plusieurs raisons de répondre « non » la première fois qu'on les interroge. Si elles n'ont jamais parlé de leur expérience, elles sont peut-être gênées pour en discuter d'emblée. Il leur faudra du temps pour se sentir en sécurité et avoir une confiance suffisante dans le personnel pour parler franchement. Elles peuvent avoir peur de parler à cause de menaces proférées par l'auteur de la violence. Ainsi, il faut leur poser la question à chaque visite. Certaines femmes ont déclaré que c'est parce que la question leur avait été posée d'une manière répétée qu'elles s'étaient

laissées convaincre de révéler la violence. Elles ont fini par répondre « oui » parce qu'elles ont senti que prestataire avait un réel souci de savoir.

S'il faut poser la question aux patientes à chacune de leur visite, il serait inutile d'obliger une patiente à s'avouer victime de violence avant qu'elle n'y soit prête. Cela pourrait au contraire d'avoir un effet négatif : elle risque d'avoir peur et décider de ne plus revenir. Quand une patiente que l'on soupçonne d'être victime de violence liée au sexe répond « non », il faut se souvenir qu'elle ne pourra pas parler avant d'être prête. On peut l'aider en respectant son choix, comprenant qu'il faut parfois du temps avant qu'une personne révèle un secret qu'elle a gardé pendant longtemps.

Si la patiente répond « non » alors que le prestataire la soupçonne d'être victime de violence liée au sexe.

Dans ce cas, il faut que ces soupçons soient consignés dans le dossier de la patiente. Comme il est indiqué ci-dessus, certaines patientes ne peuvent pas révéler d'emblée la violence. C'est pourquoi il faut cocher la case « peut-être » sur la fiche d'information (voir annexe 6). C'est un moyen d'attirer l'attention sur cette possibilité. Dans ce cas, il est fondamental d'interroger à nouveau la patiente lors d'une prochaine visite.

D. Résumé des opérations de dépistage, d'évaluation et de documentation

<u>Projet A</u>	<u>Projet B</u>	<u>Projet C</u>
Si une femme parle spontanément de la violence liée au sexe :	Interroger une patiente qui reconnaît la violence liée au sexe :	Interroger une patiente qui reconnaît la violence liée au sexe :
?? L'emmener dans un local fermé	?? Se montrer sensible et concerné	?? Se montrer sensible et concerné
?? Se montrer sensible et concerné	?? Obtenir des informations plus précises	?? Obtenir des informations plus précises sur ce qui est arrivé
?? Lui poser des questions sur son expérience, si c'est opportun	?? Découvrir si elle est en danger	?? Mener une évaluation approfondie, afin d'estimer le danger et diriger la patiente vers un service spécialisé, interne ou externe.
?? L'adresser à un service spécialisé	?? Si oui, établir avec elle un plan de sûreté à partir de l'évaluation du danger	?? Établir un plan de sûreté, si nécessaire
	?? L'adresser à un service spécialisé	?? Reporter ces informations dans son dossier
	?? Reporter ces informations dans son dossier	

Appendix 6. Exemple de fiche d'information

Estampiller les dossiers médicaux des patientes avec un tampon encreur réalisé, par exemple, d'après le modèle ci-dessous :

Type de violence	Non	Oui	Peut-être
Sérvices sexuels pendant l'enfance			
Viol/sérvices sexuels			
Violence domestique			

Lorsqu'une patiente répond aux questions sur la violence liée au sexe, il faut reporter ses réponses dans son dossier. Si un tampon à ce modèle est utilisé, le prestataire coche les cases correspondantes. (La violence domestique à caractère sexuel entre dans la catégorie « viol/sérvices sexuels ».) Si la patiente répond « non », mais que le prestataire la soupçonne d'être ou d'avoir été victime de violence liée au sexe, ou si la patiente n'est pas sûre, le prestataire coche la case peut-être. (Pour de plus amples informations sur le cas où le prestataire coche la case peut-être quand la patiente répond « non » se reporter à l'annexe 5.)

Pour le projet B (Questions à poser si la patiente répond « oui » à une question sur la violence liée au sexe)
Quand cela s'est-il produit ?
Quelle est votre relation avec l'auteur de la violence ?
Combien de temps la violence a-t-elle duré ?
Comment la violence a-t-elle affectée la patiente ?
La patiente a-t-elle rapporté des expériences de re-victimisation ?
La patiente est-elle en danger ? <i>Si oui, procéder à l'évaluation du danger (voir annexe 7) et établir un plan de sûreté, si c'est opportun (voir annexe 8).</i>
Transfert de la patiente vers un service spécialisé ? Lequel ? La patiente a-t-elle été d'accord ?

Le formulaire ci-dessus doit être joint au dossier de la patiente, ainsi que toute information complémentaire sur la violence liée au sexe.

Appendix 7. Évaluation du danger

Si une patiente avoue se trouver dans une relation violente ou songe à en sortir, il faut procéder à l'évaluation du danger encouru. Les réponses aux questions ci-dessous permettront de mesurer le danger. Ces informations permettront au prestataire et à la patiente de déterminer les actions possibles. Pour apporter une aide plus complète à la patiente, le prestataire devra établir avec elle un plan de sûreté. (Se reporter à l'annexe 8 pour un exemple de plan de sûreté.)

1. La violence a-t-elle augmenté au cours des 12 derniers mois ?
2. L'auteur de la violence fait-il usage d'alcool ou de drogues ?
3. L'auteur de la violence a-t-il menacé de vous tuer ?
4. Avez-vous des armes chez vous ?
5. Avez-vous peur de rentrer chez vous ?

Appendix 8. Plan de sûreté

(Fondé sur le formulaire du Bureau de l'État de New York pour la prévention de la violence domestique)

A. Accroître la sécurité à l'intérieur de la relation

Si je dois quitter mon domicile, je peux aller chez _____ (indiquer 3 lieux où vous pouvez aller).

Je peux parler de la violence à _____ (indiquer 2 noms) et leur demander d'appeler la police si elles entendent des bruits suspects chez moi.

Je peux laisser de l'argent, des vêtements, des clés de voiture et un double de mes papiers chez _____ (mentionner un nom)

Si je pars, je prendrais _____ avec moi.

Pour assurer ma sécurité et mon indépendance, je peux garder sur moi de la monnaie pour téléphoner, ouvrir un compte en banque personnel, répéter un scénario de fuite et relire ce plan de sûreté.

B. Pour accroître la sécurité une fois la relation terminée

Je peux changer les serrures, installer un meilleur éclairage autour de la maison, une nouvelle porte.

Je peux informer _____ (indiquer au moins 2 noms) que mon partenaire n'habite plus avec moi et leur demander d'appeler _____ (moi, la police, autres) si on le voit près de chez moi.

Je donnerai à ceux qui s'occupent de mes enfants une liste de personnes autorisées à venir les chercher. Ces personnes sont _____ (écrire le nom de toutes les personnes concernées).

Au travail, je peux parler à _____ (écrire les noms) de ma situation et leur demander de filtrer mes appels.

Je peux obtenir un ordre de protection de _____ et le garder sur moi en permanence. Je peux aussi en laisser une copie à _____. (indiquer un nom, si cela convient.)

Si je me sens déprimée et risque de retourner dans une situation qui pourrait devenir violente, je peux appeler _____ (indiquer un nom au moins) ou participer à des groupes où l'on peut m'aider à construire des relations plus fortes avec les autres.

C. Numéros de téléphones importants:

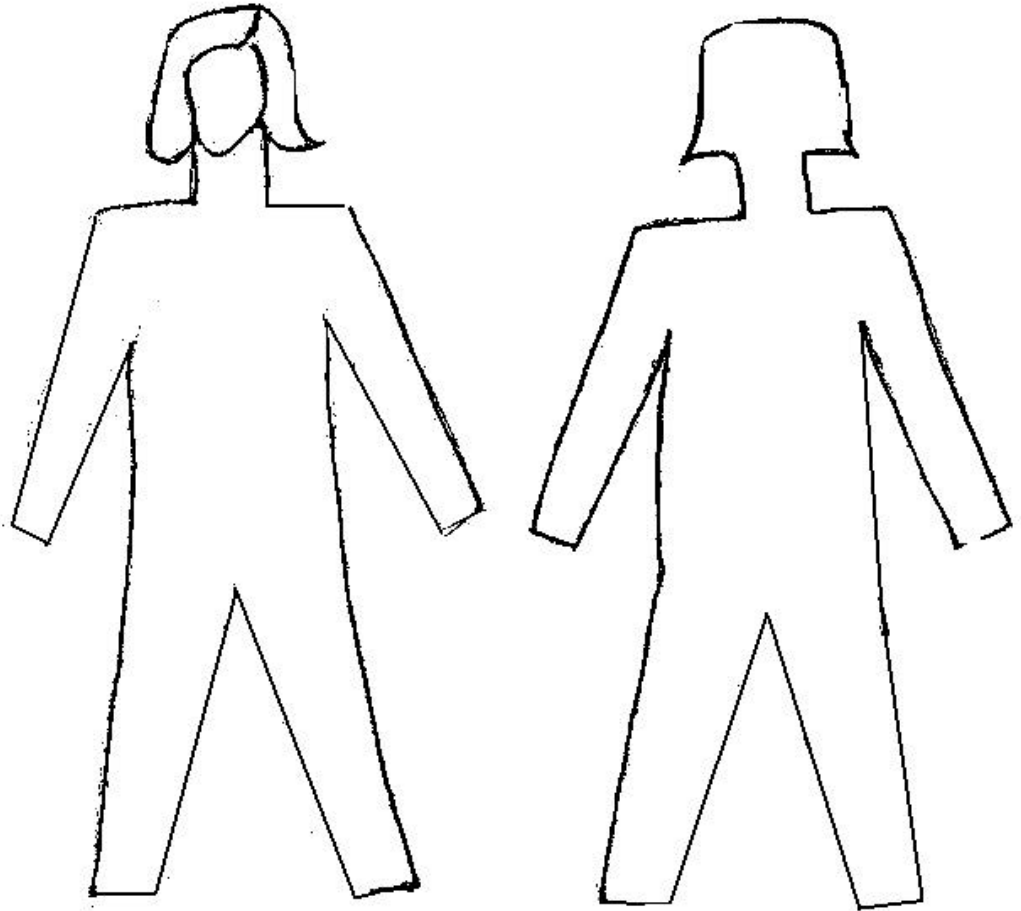
D. À ne pas oublier (Dresser une liste)

Appendix 9. Formulaire d'évaluation approfondie (Pour le Projet C)

1. Nom de la patiente	2. Client ID#	3. Nom du praticien	4. Date		
5. Type de violence (cocher les cases applicables)	a. Sévices sexuels pendant l'enfance	b. Viol	c. Violence Abuse		
6. Antécédents de violence		7. Symptômes actuels (Cocher les cases suivantes)			
a. Date de la violence		Symptômes	Oui	Non	Comments of Staff Member
		Dépression			
b. Relation entre l'auteur de la violence et la victime		Usage d'alcool ou de drogues			
		Crises d'anxiété ou de panique			
c. Sévices sexuels, verbaux, émotionnels, psychologique <i>(Cocher les cases applicables)</i>		Promiscuité sexuelle			
		Problèmes de sommeil/troubles de l'alimentation			
d. Durée de la situation violente (noter si elle perdure)		Automutilation			
		Honte et reproches			
e. A déjà été mentionnée auparavant ? La patiente a-t-elle reçu de l'aide ?		Torpeur, souvenirs dérangeants			
		Pensées ou comportements suicidaires			
f. Est-elle toujours en contact avec l'agresseur? Oui/Non <i>Si oui, passer à la question 11.</i>		Névrose traumatique			
		Blessures et troubles physiques			
g. Un plan de sûreté a-t-il été établi avec la patiente ? Oui/Non		Autres symptômes (préciser)			

8. Répercussions sur les enfants de la patiente		11. Évaluation du danger	
		a. La violence s'est-elle accrue au cours des 12 derniers mois?	
9. Expérience(s) de re-victimisation		b. L'auteur fait-il usage d'alcool ou de drogues ?	
		c. A-t-il menacé de vous tuer ?	
10. Autres remarques		d. Avez-vous des armes chez vous ?	
		e. Avez-vous peur de rentrer chez vous ?	
12. Transfert			
Type de Service	Nom de l'institution	interne	externe
Groupe de soutien			
Conseil psychologique			
Aide juridique			
Logement			
Services sociaux			
Numéro d'urgence			
Autre (préciser)			

Appendix 10. Carte du corps



Appendix 11. Tableau récapitulatif des données mensuelles

Nombre total de patientes, nombres de patientes interrogées sur la violence liée au sexe, et nombre de patientes signalant la violence, par dispensaire et par type de violence

(1) nom du service	(2) nombre de patientes	(3) séviçes sexuels pendant l'enfance	(4) Viol *	(5) Violence domestique	(6 = 3+4+5) Nombre de cas de violence	(7 = 6/2) Proportion %
a.						
b.						
c.						
d.						
e.						
Total						

*La catégorie « viol » comprend le viol commis dans le cadre de la violence conjugale.

Appendix 12. Exemple de questionnaire de sortie

Pour recueillir l'avis des patientes sur la qualité des soins, vous pouvez faire un sondage en utilisant des questionnaires de sortie que vous distribuerez à certaines patientes choisies au hasard. Par exemple, pendant une semaine, vous demanderez à toutes les cinquièmes et dixièmes patientes d'évaluer le projet. Vous trouverez ci-dessous des exemples de questions. Il est préférable de faire ces enquêtes dans une salle privé puisqu'elles portent sur un sujet délicat.

Questions portant sur les réponses à la phase de dépistage

1. Avez-vous consulté le matériel disposé dans l'établissement ?
2. Qu'en avez-vous pensé ? Ces brochures étaient-elles instructives ? Faciles à lire ? Utiles ? Êtes-vous mieux informée sur le sujet après avoir lu le matériel d'information ?
3. Si vous n'avez pas lu le matériel d'information, pourquoi ? Qu'est-ce qui aurait pu rendre ce matériel plus attrayant ?
4. Si vous appreniez que l'une de vos amies est victime de violence, lui transmettriez-vous ces informations ? Si oui, pourquoi ? Si non, pourquoi ?
5. Avez-vous des commentaires sur les affiches, brochures, opuscules et cartes sur la violence liée au sexe mises à votre disposition ?
6. Pensez-vous que c'est une bonne idée de mettre ce genre de matériel à disposition dans un établissement de santé pour les femmes ?

Questions portant sur la manière dont l'entretien s'est déroulé

1. Vous a-t-on posé des questions sur la violence liée au sexe dès la procédure d'admission ?
2. Avez-vous eu l'impression que la personne qui vous interrogeait voulait vraiment connaître vos réponses ?
3. Pensez-vous qu'il est important d'interroger les femmes à ce sujet lorsqu'elles se rendent dans un service de santé ?
4. Si vous deviez répondre « oui » aux questions posées, pensez-vous que vous pourriez obtenir, ici, l'aide dont vous avez besoin ? Si oui, pourquoi ? Si non, pourquoi ?
5. Si une personne de votre entourage était victime de violence liée au sexe, lui conseilleriez-vous de venir ici pour obtenir de l'aide ? Si oui, pourquoi ? Si non, pourquoi ?

Appendix 13. Évaluation de ce guide d'actions

1. Dans l'ensemble comment jugeriez-vous ce guide d'actions ? Entourer la réponse.

Excellent

Bon

Moyen

Mauvais

2. Qu'est-ce qui vous a été le plus utile dans ce guide ?

3. Qu'est-ce qui vous a été le moins utile ?

4. Autres remarques à propos de ce guide d'actions

BIBLIOGRAPHIE ANNOTÉE

I. VIOLENCE LIÉE AU SEXE

American Medical Association. (1995). Diagnostic and Treatment Guidelines on Mental Health Effects of Family Violence. [Brochure]. Brochure au format de poche qui examine le rôle du médecin dans le traitement des victimes de violence liée au sexe. Se concentre sur l'évaluation, le traitement, le transfert des patientes. Après un résumé des répercussions psychologiques du traumatisme, se penche sur la manière d'écouter le récit de violence et son importance. Disponible sur site Internet d'AMA à l'adresse suivante, <http://www.ama-assn.org/violence>

Heise, Lori, Ellsberg, Mary, & Gottemoeller, Megan. Ending Violence Against Women. Population Reports. Series L, No. 11. Baltimore, Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program. (1999). Se cantonne aux deux formes les plus répandues de violence à l'égard des femmes : la violence dans les relations intimes et les relations sexuelles sous la contrainte qui peuvent se produire tout au long de la vie d'une femme. En examine les causes et les répercussions sur l'individu, la famille et la communauté, puis discute l'action des praticiens de santé en faveur des victimes de violence liée au sexe. Présente diverses statistiques et les taux de prévalence dans de nombreux pays.

Heise, Lori, Moore, Kirsten & Toubia, Nahid. (1995). Sexual Coercion and Reproductive Health. New York: The Population Council. Rapport d'un séminaire, parrainé par le Population Council sur la violence sexiste, réunissant divers organismes travaillant des disciplines différentes afin de développer la recherche médicale et d'élaborer un calendrier d'action sur les répercussions de la violence sexuelle sur la santé reproductive..

Heise, Lori with Pitanguy, Jacqueline & Germain, Adrienne. (1994). Violence Against Women: The Hidden Health Burden. Washington, D.C.: Banque mondiale. Document complet sur la violence liée au sexe. Présente l'ensemble des répercussions sur la santé et le développement, ainsi que certaines mesures en vue d'éradiquer la violence liée au sexe. Un récapitulatif rend compte du nombre d'années attribuables à la violence domestique et au viol perdues par les femmes (DALY).

Heise, Lori.(1994). Gender-Based Violence and Women's Reproductive Health. International Journal of Gynecology and Obstetrics,46: 221-229. Examine les diverses répercussions de la violence liée au sexe sur la santé reproductive, y compris les grossesses non désirées, le VIH/sida, les MST, les grossesses à l'adolescence, les troubles somatiques. Décrit les grandes lignes d'actions des praticiens de santé pour faire parler leurs patientes de la violence liée au sexe.

II. VIOLENCE DOMESTIQUE

American Medical Association. (1992). Diagnostic and Treatment Guidelines on Domestic Violence. Chicago. [Brochure]. Guide d'actions au format de poche à l'intention prestataires de services de santé qui comprend des informations de base sur l'évaluation, le diagnostic, l'intervention, l'enregistrement et les entraves à l'identification de la violence domestique. Disponible sur le site d'AMA au <http://www.ama-assn.org/violence>.

Olavarrieta, Claudia Diaz & Sotelo, Julio. (1996). Letter from Mexico City: Domestic Violence in Mexico. Journal of the American Medical Association, 275, (24): 1937-1941. Bref article présentant l'histoire de la violence domestique au Mexique, les barrières légales à sa dénonciation et le développement de services d'aide aux victimes. Affirme que ce phénomène doit être compris par la société comme un problème de santé publique pour que la réponse apportée à la violence domestique au Mexique change.

Rodriguez, Michael, Guiroga, Seline Szkupinski & Bauer, Heide. (1996). Breaking the Silence: Battered Women's Perspectives on Medical Care. Archives of Family Medicine, 5, 153-158. Se fondant sur le travail de groupe, les auteurs donnent la parole aux femmes qui expliquent la difficulté de parler du point de vue de la victime, des facteurs qui facilitent la discussion, y compris l'attitude attentive, compatissante et respectueuse des praticiens de santé.

Nations Unies. (1993). Strategies for Confronting Domestic Violence: A Resource Program Guide. Centre pour le développement social et les affaires humanitaires : Vienne. Rédigé par un groupe d'experts se fondant sur le Rapport du Secrétaire général des Nations Unies sur la violence domestique. Présente une série d'actions et de stratégies qui ont été mises en œuvre dans différentes parties du monde pour affronter le problème de la violence domestique. Comprend des chapitres sur l'amélioration du système pénal, le travail thérapeutique avec les auteurs de violence et la formation de personnel spécialisé.

III. VIOL

American Medical Association. (1995). Strategies for the Treatment and Prevention of Sexual Assault. [Brochure] Présente les besoins des victimes de sévices sexuels en cas d'urgence et de premiers soins. Souligne la nécessité pour le médecin d'examiner les symptômes physiques et les répercussions psychologiques du traumatisme. Met l'accent sur les adolescents comme population vulnérable. Disponible sur le site Internet d'AMA au <http://www.ama-assn.org/violence>

IV. RÉPERCUSSIONS SUR L'ADULTE DES SÉVICES SEXUELS PENDANT L'ENFANCE

Stewart, Lindsey, Sebastiani, Angela, Delgado, Gisella & German Lopez. (1996). Consequences of Sexual Abuse of Adolescents. Reproductive Health Matters. 7: 129-134. Fondé sur des entretiens avec des femmes au Pérou et en Colombie, cet article montre l'ampleur des répercussions des sévices sexuels chez les adolescentes. Décrit les conséquences sur le comportement et les effets psychologiques. Établit le lien entre les sévices sexuels pendant l'enfance et un comportement sexuel à risque, y compris la mauvaise ou la non utilisation de la contraception. Insiste sur la formation des praticiens de santé à ces questions et l'élaboration de procédures et de programmes spéciaux pour aider les patientes et appuyer les prestataires.

Contraceptive Technology Update. (1994). Série d'articles sur les sévices à l'égard des femmes qui, se fondant sur des études préliminaires, établissent le lien entre les sévices sexuels pendant l'enfance et le refus de la contraception. C'est un point important car, bien souvent, les praticiens de santé ne comprennent pas pourquoi les patientes n'utilisent pas la contraception. Attire l'attention des praticiens de santé sur les possibilités de re-victimisation à l'adolescence et à l'âge adulte. Comprend un article écrit du point de vue de la victime sur l'aide qu'un praticien de santé peut apporter à une femme adulte ou adolescente ayant subi des sévices sexuels pendant l'enfance. 15, (10): 113-139.

V. ÉVALUATION ET TRAITEMENT

Herman, Judith. (1992). Trauma and Recovery. New York: Basic Books. Ouvrage intéressant qui établit un lien entre la violence domestique et les sévices sexuels subis pendant l'enfance, et les suites du combat. Examine les effets du traumatisme et les diverses phases de guérison des victimes.

Stevens, Lynne. (1997). Sexual Abuse Victims: Assessing and Diagnosing the Trauma in Adolescent and Adult Women. Advance Magazine for Physicians Assistants. 5,(5):47-49. Décrit l'attitude des adultes et adolescentes ayant subi des sévices sexuels pendant l'enfance face aux praticiens de santé. Définit la question, présente les divers symptômes présentés par les victimes, explique les raisons du silence des victimes devant ceux qui les soignent, et les méthodes pour évaluer et diagnostiquer les répercussions à long terme des sévices sexuels. (Email: lynnnes@earthlink.net).

Stevens, Lynne. (1997). Breaking the Silence: Talking About Sexual Abuse With Female Patients. Advance Magazine for Physician Assistants, 5 (8). Demande aux prestataires d'interroger les patientes sur un récit de violence sexuelle. Décrit les avantages de ce dialogue, explique à qui poser la question et comment aborder le sujet avec les patientes, ainsi que la manière de répondre aux patientes qui

déclarent avoir été abusées, comment apporter son soutien et diriger les patientes vers un service spécialisé. (Email : lynnes@earthlink.net).

Sites Internet où se procurer de l'information et/ou du matériel sur la violence liée au sexe

1. Victim Services – en anglais et en espagnol : www.victimservices.org
2. Women Watch : www.un.org. Particulièrement pour (a) le Rapport final des groupes de travail sur Internet de Women Watch portant sur les domaines critiques de Beijing +5, y compris la santé, la violence à l'égard des femmes, les femmes et les conflits armés. E/CN.6/2000/PC/CRP1. Et (b) toute la documentation relative à Beijing +5, en anglais, français ou espagnol, notamment les rapports des groupes d'experts sur les trois domaines cités. Enfin (c), liens vers les sites de diverses ONG.
3. Commission des droits de l'homme des Nations Unies (UNHCHR) – www.unhchr.ch Tous les rapports du Rapporteur spécial sur la violence à l'égard des femmes disponible dans les trois langues susmentionnées. Particulièrement son rapport sur (a) Policies and practices that impact women's Reproductive Rights and contribute to, cause or constitute VAW. E/CN.4/1999/68/ADD.4 21 Jan.1999 (b) sur la Trafficking in women, women's migration and VAW Health aspects addressed. E/CN.4/2000/68, 29 FEB 2000 (c) VAW in family, domestic violence E/CN.4/1999/68 (d) VAW in armed conflict, custodial violence, refugee and internally displaced women – E/CN.4/1998/54.
4. Site Internet du Fonds de développement des Nations Unies pour la femme (UNIFEM), www.undp.org/unifem pour ses pages sur les droits de l'homme et le Fonds d'affectation spéciale sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes qui donne des informations sur ses activités et des mises à jour.
5. Site Internet de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) www.who.int/ notamment pour (a) la prévalence et les données sur la violence à l'égard des femmes par pays, extraites de nombreuses sources, (b) la bibliographie sur la violence à l'égard des femmes (c) les informations relative à l'étude en cours dans plusieurs pays et (d) le prochain rapport mondiale sur la violence, y compris la violence liée au sexe.
6. Ressources des Nations Unies sur les femmes : www.undp.org/. Consulter notamment la base de donnée sur les Bonnes pratiques Voir en particulier la base de données sur les bonnes pratiques en matière de parité sexuelle <http://www.undp.org/gender/practices/> qui contient des exemples dans le domaine de la violence à l'égard des femmes provenant de nombreuses institutions spécialisées de l'ONU, y compris sur ses aspects médicaux (PAHO).

7. Population Council: www.popcouncil.org – particulièrement pour le rapport sur « la contrainte sexuelle et la santé reproductive: Accent sur la recherche » (Résumé).
8. Men's Resource Center of Western Massachusetts www.mrc-wma.com. Outre des informations sur ses programmes, donne de bons liens vers d'autres sites Internet concernant les « hommes » qui confrontent, entre autres, la violence liée au sexe.
9. IPAS: www.ipas.org – informations sur les services de santé reproductive destinés aux victimes de viol, y compris avortement sûr, soins de suivi ainsi que de nombreux autres programmes
10. Fonds de prévention de la violence familiale : www.fvpf.org présente, entre autres, leur lettre mensuelle, des informations sur le dépistage, et du matériel d'information tel que des affiches, des autocollants et des cartes sur la violence, disponibles à l'achat.
11. International Planned Parenthood Federation/Western Hemisphere Region: www.ippfwhr.org – présente sa lettre, et c'est tout, sur ses projets relatifs à la violence liée au sexe en Amérique latine et dans les Caraïbes.
12. White Ribbon Campaign: www.whiteribbon.ca/eindex.html – C'est un groupe d'hommes oeuvrant pour éradiquer la violence des hommes à l'égard des femmes. Présente une lettre d'information, du matériel éducatif destiné aux adolescents et aux hommes adultes sur la violence à l'égard des femmes, des adresses de services de conseils sociopsychologique pour les auteurs de violence.

Approche pratique de la violence liée au sexe :

Guide d'actions à l'intention des praticiens et des gestionnaires de santé

Sources

Corsi, J. (1999). Treatment for Men Who Batter Women in Latin America. *American Psychologist* 54, 1, 62-65.

deLahunta, E., & Tulsy, A. (1996). Personal Exposure of Faculty and Medical Students to Family Violence. *Journal of the American Medical Association*, 275, 24:1903-1906.

Eby, K., Campbell, J., Sullivan, C., & Davidson, W. (1995). Health Effects of Experiences of Sexual Violence for Women with Abusive Partners. *Health Care of Women International*, 16, 563-567.

Family Violence Prevention Fund. (2000). *Preventing Domestic Violence: Clinical Guidelines on Routine Screening*. Web site: www.fvpf.org/health/scropol/html

Friedman, L., Samet, J., Roberts, M., Hudlin, M., & Hans, P. (1992). Inquiry about Victimization Experiences: A Survey of Patient Preferences and Physician Practices. *Archives of Internal Medicine*, 152, 1186-1190.

Fonds des Nations Unies pour la population (1994.) *Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire, 5-13 septembre 1994*. New York [<www.undp.org/popin/icpd/conference/offeng/poa.html>](http://www.undp.org/popin/icpd/conference/offeng/poa.html)

Fonds des Nations Unies pour la population (1998). *Programme Advisory Note. Reproductive Health Effects of Gender-Based Violence: Policy and Programme Implications*. New York

Fonds des Nations Unies pour la population. (2000). *État de la population mondiale 2000 Vivre ensemble dans des mondes séparés : hommes et femmes à une époque de changements*

Heise, L., Ellsberg, M., & Gottemoeller, M. (1999). *Ending Violence Against Women. Population Reports. Series L, No. 11*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program.

Heise, L., Moore, K., & Toubia, N. (1995). *Sexual Coercion and Reproductive Health: A Focus on Research*. New York, NY: The Population Council.

Kilpatrick D., & Best. C.L. (1990). *Sexual Assault Victims: Data from a Random National Probability Sample*. Presented at the 36th Annual Meeting of the Southeastern Psychological Association, Atlanta, Georgia.

Koss, M. (1993) The Impact of Crime Victimization on Women's Medical Use. *Journal of Women's Health* 2,1:67-72.

Mazza, D., Dennerstein, L., & Ryan, V. (1996). Physical, Sexual and Emotional Violence Against Women: A General Practice-Based Prevalence Study. *Medical Journal of Australia*, 164, 14-17.

Nations Unies. Assemblée générale. (janvier 1992.) *Recommandation générale 19 (onzième session) — Violence à l'égard des femmes*. Rapport du Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes. A/47/38.

Nations Unies. Assemblée générale. *Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes*. Actes de la 85e réunion plénière, Genève, 20 décembre 1993.

Nations Unies. Assemblée générale. (Mai 1999.) *Recommandation générale 24 (vingtième session). Article 12 de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes — Les femmes et la santé*. Rapport du Comité sur l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes. A/54/38 (Part I).

Nations Unies. Assemblée générale. (2000.) *Femmes en l'an 2000: Égalité entre les sexes, développement et paix pour le XXIe siècle*. Document final non édité adopté par l'Assemblée plénière de la session extraordinaire.

Organisation mondiale de la santé. (1997). *Violence and Injury Prevention: Violence against women: A Priority Health Issue*. WHO Information Kit on Violence and Health. Genève: www.who.int/violence_injury_prevention/vaw/infopack.htm

Russell, D. (1986). *The Secret Trauma: Incest in the Lives of Girls and Women*. New York, NY: Basic Books, Inc.

Sexual Assault Report. March/April, 2000. Vol. 3. No. 4. Pg. 58. Civic Research Institute, Inc.

Shamin, I. (1985). *Kidnapped, Raped and Killed: Recent Trends in Bangladesh*. Paper presented at the International Conference on Families in the Face of Urbanization, New Delhi, India.

Wyatt, G., Gutherie, D., & Notgrass, C. (1992). The Differential Effects of Women's Child Sexual Abuse and Subsequent Sexual Revictimization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 2:67-73.

Zierler, S., Feingold, L., Laufer, D., Velentgas, P., Kantrowitz-Gordon, I., & Mayer, K. (1991). Adult Survivors of Childhood Sexual Abuse and Subsequent Risk of HIV Infection. *American Journal of Public Health*, 81(5):572-75.

Cette fiche est un prototype à adapter à votre contexte

DIRE

D=DEPISTER: dépister la violence liée au sexe chez toutes les patientes.

C'est un problème de santé publique. Toutes les femmes peuvent y être confrontées. C'est avec les prestataires de santé que les femmes veulent en parler. De nombreuses femmes de communiqueront pas cette information spontanément, mais accepteront d'en parler si le prestataire leur pose la question.

I=INTERROGER : poser des questions directes sur la violence liée au sexe, sans juger, et dans un cadre confidentiel. Ne pas utiliser de langage technique, médical ou trop formel. Normaliser la discussion avant de poser des questions directement sur la violence liée au sexe.

EXEMPLES POUR VOUS AIDER À INTRODUIRE LE SUJET :

o « Je sais que nous venons tout juste de nous rencontrer, mais je dois vous poser des questions personnelles. Nous le faisons parce que de nombreuses femmes sont victimes de violence liée au sexe et nous trouvons qu'il est important d'en discuter ici. Toute ce que vous me direz restera confidentiel. »

o « Je sais que les sociétés considèrent certaines questions comme d'ordre privé, notamment la violence à l'égard des femmes. Je ne crois pas que ce phénomène n'intéresse que deux personnes. Personne ne devrait être maltraité. Je veux vous poser quelques questions sur ce qui se passe dans votre vie »

Trouver un mode de dialogue qui vous mette à l'aise aussi bien que la patiente.

EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER SUR LA VIOLENCE LIEE AU SEXE :

o Est-ce qu'un partenaire vous a déjà frappée, giflée, donné des coups de pieds ou menacée ?

o Avez-vous déjà été contrainte ou forcée d'avoir des rapports sexuels que vous ne désiriez pas ?

ENTREZ ICI LES QUESTIONS QUI SERONT UTILISÉES PAR VOTRE SERVICE :

R=RECONNAÎTRE l'expérience de la patiente, valider son récit.

Si une patiente répond « oui » à l'une de vos questions, offrez lui votre soutien. Ne minimiser pas ses réponses même si elle le fait. Faites-lui savoir que, selon vous, personne ne mérite d'être maltraitée. Signifiez -lui qu'elle peut obtenir de l'aide. Assurez -vous de bien enregistrer les informations portant sur le type de sévices, ainsi que les symptômes physiques et psychologiques que vous avez relevés. Si une patiente répond « non » mais que vous la soupçonnez d'être victime de violence liée au sexe, notez ce doute dans son dossier et assurez -vous de lui poser à nouveau la question.

E=EVALUER, Informer et diriger les patientes vers d'autres services.

Demandez à la patiente comment vous pouvez l'aider. Témoignez-lui de la sympathie, des informations, et dirigez -la vers un service spécialisé. Faites -lui savoir que vous ne la jugez

pas si elle n'accepte pas le transfert tout de suite. Si elle hésite, dites-lui qu'elle peut changer d'avis et se décider plus tard. Assurez un suivi et mentionnez la violence liée au sexe lors de la prochaine visite.

Adaptée d'après la carte SAVE de NYS Coalition Against Sexual Assault