

UN SUPPLÉMENT
DU CURRICULUM DE COUNSELING
SUR LA FISTULE OBSTÉTRICALE

Counseling

d'une cliente souffrant de la
fistule traumatique



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



www.fistulacare.org

Counseling d'une cliente souffrant de la fistule traumatique :

Un supplément du curriculum de counseling sur la fistule obstétricale



© 2012 EngenderHealth/Fistula Care. Tous droits réservés.

Fistula Care
c/o EngenderHealth
440 Ninth Avenue
New York, NY 10001 U.S.A.
Téléphone : 212-561-8000
Fax : 212-561-8067
E-mail : info@fistulacare.org
www.fistulacare.org

La présente publication a été rendue possible, en partie, grâce au soutien de l'Agence des États Unis pour le Développement International (USAID), aux termes de l'accord de coopération associée GHS-A-00-07-00021-00. Les opinions exprimées dans le présent document sont celles de l'éditeur et ne reflètent pas nécessairement les vues de l'USAID.

COPE® et MAP® sont des marques déposées d'EngenderHealth.
Conception et mise en page : Tor de Vries et Cassandra Cook
Conception de la couverture : Tor de Vries et Weronika Murray
Crédit photo: R. Raj Kumar/EngenderHealth

ISBN 978-1-937410-03-2

Imprimé aux États Unis d'Amérique sur papier recyclé.

Citation suggérée : Fistula Care. 2012. *Counseling d'une cliente de la fistule traumatique : Un supplément du curriculum de counseling sur la fistule obstétricale*. New York : EngenderHealth.

Table des matières

REMERCIEMENTS	V
HISTORIQUE	1
INITIATION AUX FORMATEURS	7
SESSION 1—SESSION D'OUVERTURE	9
SESSION 2—VALEURS ET ATTITUDES DES PRESTATAIRES	23
SESSION 3—COMPRENDRE CE QU'EST LA FISTULE OBSTÉTRICALE ET TRAUMATIQUE	39
SESSION 4—COMPRENDRE LE POINT DE VUE DE LA CLIENTE	61
SESSION 5—COMMUNICATION INTERPERSONNELLE	83
SESSION 6—COUNSELING DE LA CLIENTE DE LA FISTULE TRAUMATIQUE	103
SESSION 7—INFORMATIONS SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE ET LE COUNSELING SUR LA SANTÉ	145
SESSION 8—COUNSELING DE LA FAMILLE DE LA CLIENTE	175
SESSION 9—SOUTIEN DE LA CLIENTE DE LA FISTULE TRAUMATIQUE	189
SESSION 10—STAGE PRATIQUE	211
SESSION 11—SOUTIEN AU PRESTATAIRE	213
RÉFÉRENCES	237

Remerciements

Le présent supplément est en majeure partie basé sur une ébauche du curriculum de counseling de la fistule traumatique élaborée pour Fistula Care par Elizabeth Rowley. Cependant, certains membres du personnel d'EngenderHealth ont également contribué de manière significative à l'élaboration du présent curriculum, notamment Betty Farrell, Joseph Ruminjo, and Karen Beattie.

EngenderHealth est reconnaissant de la contribution et des efforts des personnes qui ont inlassablement travaillé pour améliorer la vie des femmes et des jeunes filles atteintes de la fistule traumatique. Tout en reconnaissant que cette dernière peut survenir dans n'importe quel environnement en situation de conflit ou de post-conflit où le viol est utilisé en tant qu'arme de guerre, et même dans d'autres zones de paix ayant une instabilité occasionnelle ou localisée. Le présent document a beaucoup bénéficié de l'expérience des prestataires de service en République démocratique du Congo où le problème était particulièrement sérieux au moment de l'élaboration du présent supplément. EngenderHealth tient également à remercier le personnel et l'administration de l'hôpital Heal Africa (Goma, Nord-Kivu) aussi bien que l'hôpital de Panzi (Bukavu, Sud-Kivu), qui ont accueilli une visite de site en septembre 2008, ont généreusement partagé leurs expériences dans la fourniture des services de la fistule traumatique, et donné des conseils sur les principaux thèmes qui vont être inclus dans la formation pour le counseling de la fistule traumatique. Dr. Ahuka Longombe, Professeur de chirurgie, l'Université de Kisangani École de médecine, et Dr. Pascal Manga, Obstétricien-gynécologue, l'Université de Kindu, Kisangani, et Lubumbashi, et le programme de Maternité Sans Risque, Kindu, ont fait une très grande contribution au contenu pédagogique. Ils ont ouvertement partagé leur richesse d'expérience en matière de réparation et de counseling de la fistule traumatique, ce qui a considérablement renforcé l'applicabilité du présent document.

En outre, EngenderHealth remercie les individus suivants qui ont gracieusement apporté leur contribution et donné des idées pour répondre aux besoins de la formation et/ou animé les visites de site en République démocratique du Congo. Il s'agit notamment de Dr. Jo Lusi, Lyn Lusi, Dr. Rosette Soheranda, Dr. Christopher Kimona, Marcelline Mupendawatu, Joseph Ciza, Justine Katungu, et Virginie Mumbere de Heal Africa Hospital. Quant à l'Hôpital de Panzi, nous avons reçu de précieuses contributions et de l'assistance de la part de Dr. Denis Mukwege, Dr. David Ninga, Dr. Foma Yunga, Dr. Elisée, Cecile Mulolo, Wanyachumo Josaphat, Zawadi Nabintu, Maria Bard, Erasthon Gubandja, Bercky Masheka, et de Brandi Walker.

Nous manifestons également notre gratitude aux collègues d'Ouganda et de la République démocratique du Congo pour leur contribution et leur participation à un atelier pour la révision de l'ébauche du présent document à Kampala, en Ouganda (17–18 mars 2009), un atelier qui a été organisé par EngenderHealth conjointement avec le Regional Center for Quality Health Care (RCQHC) à Makerere University à

Kampala, en Ouganda. Outre le nombre important d'individus qui ont été déjà mentionnés ci-dessus, nous remercions avec reconnaissance la participation de Dr. Margaret Mungherera, Ronald Kalyango, Immaculée Mulamba Amisi et Martha Ibeno.

Dans l'élaboration de l'ébauche du présent document et dans l'organisation du processus de révision, EngenderHealth a travaillé en collaboration directe avec les collègues au RCQHC. Nous apprécions beaucoup les efforts de Dr. Geoffrey Kabagame, Dr. Kidza Yvonne Mugerwa, Paul Ouma, et Jascent Tusuubira.

Bien que la fistule traumatique présente des problèmes médicaux et de counseling uniques, certains aspects du traitement et des soins sont similaires à ceux offerts aux clientes de la fistule obstétricale. La publication d'EngenderHealth intitulée *Counseling de la cliente souffrant de la fistule obstétricale : Un curriculum de formation* a guidé le format et informé certains aspects du contenu du présent document. Le présent volume est un supplément de cette publication et tous les deux vont être utilisé conjointement.

Les auteurs sont particulièrement reconnaissants des efforts fournis par Michael J. Dorn pour le développement de l'approche organisationnelle qui permet au présent supplément de concorder avec le document intitulé *Counseling de la cliente souffrant de la fistule obstétricale* ainsi que pour les révisions nécessaires apportées aux deux documents. Le présent curriculum était une copie révisée par Michael Klitsch et composée par Cassandra Cook. Siga Coulibaly Hanne a fait la traduction intégrale du supplément en français.

L'élaboration du présent supplément (y compris les visites de site, l'ébauche du document et l'atelier d'examen tenu en mars 2009 à Kampala en Ouganda) a été soutenu par le peuple américain à travers le financement de l'Agence des États Unis pour le développement international (USAID), l'accord associé de coopération GHS-A-00-07-00021-00. Le contenu du présent document est sous la responsabilité du projet Fistula Care et ne reflète pas nécessairement les opinions de l'USAID ou du Gouvernement des États-Unis.

Historique

La fistule traumatique a été définie comme étant « une ouverture anormale entre la voie reproductive d'une femme ou d'une fille et une ou plusieurs cavités ou surfaces du corps, causée par la violence sexuelle, généralement mais pas toujours dans des zones de conflits et de post-conflits » (Hôpital de traitement des fistules d'Addis Abeba et al. 2006). Il s'agit d'une condition médicale dévastatrice qui est souvent accompagnée d'un impact psychologique également grave. Elle est le plus souvent observée pendant les périodes de conflit dans les pays où les parties en guerre utilisent la violence et le viol systématique pour détruire la communauté à travers des attaques dirigées contre les femmes et les filles.

Le viol en tant qu'arme de guerre n'est pas une chose nouvelle, et il est probable que certaines femmes et filles ont silencieusement souffert de la fistule traumatique à cause des agressions sexuelles liées au conflit dans une variété de conflits courants et historiques. Aujourd'hui, la violence sexuelle porte la marque tragique des conflits en République démocratique du Congo (RDC), particulièrement dans les provinces de l'Est et du Centre et dans la région du Darfour au Soudan. Cependant, récemment, elle a été également décrite dans beaucoup d'autres pays en Afrique, y compris le Libéria, le Rwanda, la Sierra Leone, et dans des zones affectées par des conflits en Ouganda, ainsi que dans d'autres endroits à travers le monde, tels que le Timor oriental et le Kosovo. La violence sexuelle liée au conflit peut survenir au cours de certaines périodes, ou à des endroits spécifiques, dans d'autres pays pacifiques. Au Kenya par exemple, un signalement accru de la violence sexuelle a été noté durant l'insécurité liée aux élections à la fin de l'année 2007 et au début de l'année 2008, et le viol est fréquemment utilisé pendant les raids de bovins dans certaines parties du pays. Bien que la violence sexuelle en de telles circonstances soit peut-être moins répandue, les femmes et les filles risquent toujours d'avoir des blessures liées au viol, notamment la fistule traumatique. Même dans les endroits où le conflit a perturbé les sociétés pendant des années, tels qu'en RDC, il y a eu des pics documentés de cas de violence et de fistule traumatique reflétant des périodes d'insécurité accrues.¹

Le fardeau globale de la fistule traumatique est inconnue, et même les statistiques faites au niveau du pays sont difficiles à estimer. La fistule traumatique reste un problème caché à bien des égards. Le stigmatisme sévère associé au viol dans beaucoup de sociétés, en plus de l'effet d'isolement des symptômes de la fistule, peuvent empêcher les femmes de venir se faire-soigner, particulièrement si elles ne sont pas conscientes de l'existence du traitement. Les femmes ayant besoin de soins médicaux peuvent habiter trop loin des services et de ce fait ne peuvent pas y accéder facilement même si de tels services sont disponibles. Les comptes des hôpitaux et des cliniques qui sont généralement utilisés pour évaluer l'ampleur, ne peuvent

¹ Informations fournies par Manga Okenga, l'hôpital Maternité Sans Risque, Kindu, RDC, lors d'une entrevue personnelle d'information qui a eu lieu le 21 juin 2008 à Kampala en Ouganda. Traitement et counseling de la fistule traumatique à l'hôpital Maternité Sans Risque.

que saisir les données des femmes dont ils sont en mesure d'aider ; les cliniques ne peuvent pas évaluer les cas des femmes qui ne sont jamais venues pour le traitement. Les femmes et les filles qui obtiennent de l'aide ne se sentent pas toujours à l'aise de partager les informations relatives à la violence sexuelle avec les prestataires, et la cause profonde de la fistule le peut seulement devenir claire qu'après d'un questionnaire actif par le personnel médical. En outre, les cas qui sont classifiés comme fistule obstétricale peuvent en fait être dus à des complications à l'accouchement d'un enfant conçu lors d'une violence sexuelle. Un tel phénomène peut compliquer davantage toute statistique disponible (EngenderHealth, 2009).

Selon les lieux, il existe une variation considérable dans les estimations de l'ampleur de la fistule traumatique. Cependant, les observations suivantes montrent l'ampleur du dommage causé par la fistule traumatique en divers endroits :

- En se référant à un rapport dont 4715 victimes de violence sexuelle ont été reçues à l'hôpital Heal Africa (auparavant désigné Doctors on Call for Service/Heal Africa Hospital) à Goma, RDC, entre Avril 2003 et juin 2006, Longombe, Kasereka, et Ruminjo (2008), l'on note que 702 patientes (17,5%) souffraient de la fistule génitale. Sur toutes les patientes de la fistule, 63,4% ont eu la fistule traumatique.
- L'hôpital général de référence de Panzi (à Bukavu, RDC) offre des services de réparation de la fistule aux femmes et jeunes filles dont certaines sont des victimes de la violence sexuelle en période de guerre. Selon un examen des archives de l'hôpital couvrant la période de novembre 2005 à novembre 2007 (Onsrud et al., 2008), 4 % était causé par la violence sexuelle.
- Durant la période de mars 2002 jusqu'en décembre 2007, le personnel médical de l'Hôpital Maternité Sans Risque à Kindu, RDC, a traité 341 cas de fistule traumatique causés par la violence sexuelle. Tel que mentionné plus haut, le pourcentage des cas de fistule causés par la violence sexuelle, comparé avec les causes obstétricales et d'autres causes, change selon le niveau d'insécurité. En cet endroit précis, l'année 2003 est notée comme étant la pire année lorsque l'on considère que 70 à 80 % de tous les cas de fistule pourraient être classifiés comme causés par la violence sexuelle.²
- En 2006, le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) et des partenaires au Libéria ont mené une étude au niveau de 48 centres médicaux à travers quatre comtés (Lofa, Bong, Nimba et Montserrado), étude au cours de laquelle ils ont trouvé que sur 351 chirurgies de réparation de la fistule effectuées entre janvier 2004 et décembre 2005, 13% étaient des cas de fistule traumatique (bien qu'il a été défini d'inclure à la fois la fistule causée par le viol et celle due à des facteurs iatrogènes (Mulbah, 2006; Mulbah, 2008).
- Le FNUAP estime qu'il existe 5000 nouveaux cas de fistule par an au Soudan, bien que l'on ne connaisse pas si bien le nombre de femmes pouvant souffrir de la fistule traumatique. Le fait de croire que 60% des cas de fistule surviennent à l'Ouest du Darfour qui est affecté par la guerre, constitue cependant une indication probable d'une charge importante de la fistule traumatique (FNUAP, 2007).
- En 2005, l'on a rapporté que deux-tiers des femmes et des jeunes filles réfugiées soudanaises ayant subi une chirurgie de réparation de la fistule à l'hôpital régional d'Abéché Regional Hospital à l'Est du Tchad avaient été violées par Janjaweed militia au Darfour (HCNUR, 2005).

2 Informations fournies par Manga Okenga, l'hôpital Maternité Sans Risque, Kindu, RDC, lors d'une entrevue personnelle d'information qui a eu lieu le 21 juin 2008 à Kampala en Ouganda. Traitement et counseling de la fistule traumatique à l'hôpital Maternité Sans Risque.

Les femmes et les filles ayant subi des agressions menant à la fistule traumatique sont des survivantes. Leur faculté de récupération constitue une source de force à travers laquelle les services pouvant mieux contribuer à leur rétablissement. Elles ont besoin de protection, d'un soutien légal, de services sociaux, des soins médicaux de haute qualité et du counseling. Dans beaucoup de cas, le personnel de l'hôpital et de la clinique fournissant des soins médicaux ne sont pas des conseillers qualifiés, et de ce fait, les victimes de la violence sexuelle sont souvent orientées vers d'autres organisations pour obtenir des soins psychologiques. Cependant, en ce qui concerne les clientes de la fistule traumatique, le counseling au sein des cliniques est une composante essentielle de soins et de guérison à tous les niveaux. En l'absence d'un counseling adéquat et approprié, les femmes et les filles peuvent ne pas bien comprendre leur condition physique et le traitement qui devra se faire. Elles peuvent être traumatisées à nouveau au cours de l'examen médical, et peuvent avoir de fortes réactions émotionnelles avant et après la chirurgie. Si les membres de la famille ne sont pas conseillés de manière adéquate, les soins postopératoires de la patiente peuvent être inappropriés et peuvent mener à d'autres complications. Les clientes de la fistule traumatique ont souvent besoin de counseling et du soutien par rapport au suivi pour une réinsertion réussie au sein de leurs communautés.

En septembre 2005, à Addis Abeba en Ethiopie, EngenderHealth a accueilli une réunion des experts sur la fistule traumatique. Parmi les défis majeurs relatifs aux soins de la fistule traumatique, les participants ont identifié le manque de prestataires formés en counseling des survivantes de la violence sexuelle et sexospécifique et l'absence de normes pour le counseling des clientes de la fistule traumatique, ainsi que la difficulté de maintenir à long terme la continuité des soins en counseling psychologique et émotionnel après une réparation de la fistule. Ils ont également indiqué que développer des normes et des lignes directrices pour le counseling des clientes de la fistule traumatique est une stratégie essentielle pour répondre aux besoins de counseling des clientes.

Le rationnel d'être du présent supplément du curriculum est de favoriser la formation des conseillers et des prestataires de soins de santé travaillant avec les clients de la fistule traumatique. D'excellents exemples de counseling et de soins médicaux pour les femmes et les filles ayant la fistule traumatique ont été tirés de la RDC, où le problème est particulièrement déclaré en ce moment précis. Des médecins, d'autres personnels médicaux et des conseillers travaillant à l'hôpital Heal Africa (Goma), l'hôpital de Panzi (Bukavu) et à la clinique Maternité Sans Risque (Maniema), ont développé des programmes de réponse globale à la fistule et à la violence sexuelle dans des circonstances les plus extrêmes telles que l'insécurité, les ressources limitées, les problèmes logistiques et l'instabilité politique. En outre, le counseling sur la violence sexuelle reliée au conflit ainsi que sur les préoccupations aussi bien médicales que sociales des femmes ayant la fistule obstétricale, est mené dans un certain nombre de pays affectés par la guerre, notamment le Tchad, l'Ethiopie, le Liberia, le Rwanda, la Sierra Leone, la Somalie, le Soudan et l'Ouganda, ainsi que dans d'autres pays qui, au moment de l'élaboration du présent document, n'étaient pas encore dans l'insécurité totale ; il s'agit du Bangladesh, du Bénin, de la Guinée, du Niger, du Nigéria et d'autres pays encore.

Il existe plusieurs zones de chevauchement en matière de service aux clientes de la fistule traumatique et obstétricale. Les conséquences physiques de la fistule et la plupart des conséquences psychosociales de la maladie sont les mêmes. Dans tous les deux cas, les informations médicales dont la cliente a besoin de recevoir durant le processus de traitement sont très similaires, quelle que soit la cause de la fistule. Les clientes souffrant de la fistule traumatique, comme celles ayant la fistule obstétricale, ont besoin de conseillers ayant de grandes aptitudes de communication capable d'expliquer ce qu'est la fistule et de discuter des questions médicales apparentées, qui sont conscientes des préoccupations émotionnelles des

clientes, qui peuvent faciliter la fourniture d'informations aux membres de la famille au cours des soins et des récupérations, qui connaissent les problèmes liés à la réinsertion communautaire, et qui peuvent offrir des services à tout moment, en toute intimité et dans la confidentialité. A cause de ces ressemblances, le présent supplément est destiné à être utilisé conjointement avec le curriculum de formation sur la fistule obstétricale d'EngenderHealth intitulé *Counseling de la cliente souffrant de la fistule obstétricale*. Cependant, les situations menant à la fistule traumatique ont un impact fondamental sur les besoins des clientes, particulièrement leurs besoins psychosociaux.

L'écart d'âge constitue une autre différence fondamentale dans le counseling des clientes de la fistule obstétricale et traumatique. Les clientes de la fistule obstétricale sont, par définition, des femmes en âge de procréation et sont souvent de jeunes femmes qui sont au début de leur période d'activité génitale. Cependant, les clientes de la fistule traumatique peuvent également être de jeunes filles. Les types de dommage physique qu'elles peuvent subir de la violence sexuelle et le processus de réparation médicale peuvent différer de ceux des clientes beaucoup plus développées. En outre, la compréhension des clientes filles de leur situation, leurs réactions émotionnelles et leurs besoins de counseling, peut différer de celle des clientes adultes. Bien que les jeunes filles représentent une minorité par rapport à toute les clientes de la fistule traumatique, elles sont présentes dans toutes les cliniques traitant la fistule traumatique, et le fardeau de leurs blessures physique et psychologique est importante. Le présent supplément du curriculum offre aux participants à la formation l'opportunité d'explorer les questions relatives au counseling des clientes filles. Toutefois, beaucoup d'autres ressources, les réseaux professionnels et les efforts programmatiques répondent aux besoins des enfants ayant subi une violence sexuelle en général, et le présent supplément n'est pas destiné à traiter entièrement cet aspect.

Le présent supplément du curriculum renforce l'important travail qui a été déjà fait dans ce domaine et intègre les idées et commentaires des experts sur le terrain. Comme étape préliminaire, EngenderHealth a contacté plusieurs participants de la réunion des experts tenue en 2005 décrite ci-dessus pour recueillir plus d'informations sur les approches courantes de counseling et identifier les besoins de la formation d'une manière plus détaillée. En septembre 2008, un consultant d'EngenderHealth s'est rendu à l'hôpital Heal Africa et l'hôpital de Panzi pour rencontrer un certain nombre du personnel de ces structures, notamment les directeurs d'hôpital, les chirurgiens de réparation de la fistule, les infirmières, les conseillers, les travailleurs sociaux et les gestionnaires du programme relatif à la violence sexospécifique, ainsi que d'autres prestataires de services d'orientation afin de se familiariser avec les pratiques courantes de counseling et identifier les problèmes rencontrés sur le terrain, ainsi que de détailler plus particulièrement les domaines que les praticiens identifient comme étant des concepts essentiels pour la formation.

En mars 2009, après la réalisation de la première ébauche du présent document, EngenderHealth et le Regional Centre for Quality of Health Care (RCQHC) ont accueilli un atelier technique à Kampala, en Ouganda au cours duquel des experts en provenance de la RDC et de l'Ouganda ont donné leurs réactions par rapports aux documents et aux contributions supplémentaires concernant les concepts fondamentaux de la formation. Tel que noté par les collègues au RCQHC, bien qu'il n'existe actuellement aucune norme reconnue sur le plan international concernant les soins de la fistule traumatique, les hôpitaux et les cliniques travaillant quotidiennement avec les clientes de la fistule traumatique ont acquis une très grande expérience (Mugerwa, 2009). A travers les visites de site, les interviews d'informations et les réactions des experts de la RDC et de l'Ouganda, le présent supplément du curriculum s'inspire directement de ces expériences.

Le présent supplément, qui est le produit final du processus, a pour but d'aider les prestataires à offrir aux clientes de la fistule traumatique le plus grand counseling possible. En s'inspirant de l'expertise et de la contribution des individus travaillant à l'endroit où la fistule traumatique est plus fréquente en ce moment, les sessions incluses dans le présent document ont été préparées pour montrer leur intérêt dans tout pays où la fistule traumatique peut poser un problème de prestation de service, que ça soit aujourd'hui ou dans le futur. L'idéal serait que la formation sur les techniques de counseling de la fistule traumatique devienne moins pertinente de manière globale lorsque le conflit peut être résolu et prévenu, et quand les femmes et les jeunes filles ne sont plus ciblées en matière de violence.

Initiation des formateurs

NOTE AUX FORMATEURS

Counseling de la cliente souffrant de la fistule traumatique est un supplément du document élaboré par EngenderHealth et intitulé : *Counseling de la cliente souffrant de la fistule obstétricale : Un curriculum de formation*. Le contenu de ce curriculum est également en grande partie applicable au counseling de la fistule traumatique. Toutefois, étant donné que la fistule traumatique est le résultat de la violence sexuelle et sexospécifique, les questions supplémentaires et différentes ont également besoin d'être abordées dans la formation, ce qui constitue le but même du présent supplément.

Tout au long du curriculum de formation de la fistule obstétricale, vous trouverez des cases de couleur rose comme celui-ci en dessous :

Se référer aux pages 19 et 20 du supplément de la fistule traumatique pour l'autre document 1-B pouvant remplacer le supplément fourni dans le présent curriculum.

Si la fistule traumatique constitue un problème à l'endroit où les participants à la formation vont travailler, ou si les participants ont besoin d'être formés en counseling des victimes de la violence sexuelle et sexospécifique, il faudra se référer aux pages indiquées dans le présent supplément. Elles vous fourniront d'importantes données factuelles et des exercices de formation spécifiques à la fistule traumatique, notamment les documents de remplacement ou complémentaires du participant.

En suivant chaque point dans le présent supplément, les cases telle que celle-ci en dessous vont vous renvoyer à la page et au thème appropriés dans le curriculum de la fistule obstétricale.

Allez à la page 27 du curriculum de formation de la fistule obstétricale – Méthodes de formation.

Il faudra noter que ce type d'indicateur suit toujours la description d'une activité de formation, et que les pages suivantes du supplément peuvent contenir des documents du participant qui vont être utilisés dans l'activité. Cependant, la case n'est pas indiquée à la fin du document, étant donné que de telles informations ne sont pas nécessaires ou utiles pour le participant en formation. Les formateurs doivent garder en tête le contenu des documents en intégrant une activité tirée du présent supplément dans la formation au counseling de la fistule.

Session 1

Session d'ouverture

Le but primaire de la session d'ouverture est d'orienter les participants en formation aux buts et objectifs de l'atelier, d'établir les normes et logistiques de l'atelier et d'identifier les éléments qui forment le cœur de l'approche globale pour aborder la question de la fistule.

Pour intégrer une discussion de la fistule traumatique dans la présente session, se référer aux éléments suivants du présent supplément (tel que indiqué dans les instructions de la case rose dans le curriculum de formation de la fistule obstétricale) :

- Ressource supplémentaire : liste de remplacement des points à retenir (page 10)
- Annexe B équivalent—Pré-test/Post test sur le counseling de la fistule (pages 11 à 13)
- Document alternative 1-B (pages 14 et 15)
- Ressource supplémentaire : tableau de conférence alternatif sur lequel il est inscrit « Trois éléments de gestion complète de la fistule » (page 16)
- Annexe C équivalent—Pré-test/post test des réponses clé sur le counseling de la fistule traumatique (pages 17 à 20)
- Ressource supplémentaire : Etapes de formation complémentaires de l'Activité 3 (page 21)

Ressource supplémentaire

POINTS À RETENIR

- ✓ Le counseling est une partie intégrante de l'approche globale aux services de soins de la fistule traumatique.
- ✓ Les trois éléments qui composent l'approche fondamentale pour aborder la question de la fistule sont :

La prévention

- Le soutien des efforts communautaires dans le renforcement de la protection des femmes et des filles contre la violence sexuelle, et les efforts de plaidoyer au niveau national et international pour mettre fin à la violence sexospécifique
- Les méthodes précoces de prévention telles que la nutrition, l'éducation des filles, la prévention des grossesses précoces et la planification familiale
- La prévention immédiate, avec les soins obstétricaux essentiels et d'urgence

Le traitement

- L'orientation vers des structures sanitaires appropriées (au sein de la communauté et vers/ depuis d'autres structures de soins de santé)
- L'accès au traitement chirurgical, y compris les soins préopératoires et postopératoires
- Le counseling et le soutien affectif

La réinsertion

- La réinsertion sociale, y compris la réduction de la stigmatisation/ discrimination associées et le développement de la formation professionnelle et du soutien
 - La réadaptation physique
 - Le counseling et le soutien affectif
- ✓ La prévention de la fistule traumatique est directement liée aux efforts de prévention de la violence sexuelle..

Allez à la page 18 du curriculum de formation de la fistule obstétricale – Méthodes de formation.

Annexe B équivalent

Annexe B

Pré-test/Post test sur le counseling de la fistule traumatique

1. Indiquer les trois éléments qui forment le cœur de l'approche globale concernant l'assistance des femmes ayant la fistule traumatique et leurs familles.

1. _____
2. _____
3. _____

2. A quel moment le counseling de la cliente de la fistule traumatique pourrait se faire ?

- a. Avant, pendant et après la chirurgie
- b. A chaque fois que vous êtes en contact avec la cliente
- c. Seulement après l'admission de la cliente pour la chirurgie
- d. Lorsque vous disposez du temps supplémentaire et que vous n'avez rien d'autre à faire
- e. A la fois a et b

3. Où est ce que le counseling de la cliente de la fistule traumatique devra se faire ?

- a. Dans une chambre privée avec porte
- b. N'importe où dans le site du service à un endroit où la confidentialité et l'intimité peuvent être assurées
- c. Dans un lieu de rencontre de la communauté
- d. Aucun des points ci-dessus
- e. A la fois a et b

4. Donner un exemple de la manière dont vous pouvez respecter l'intimité d'une cliente de la fistule traumatique lors du counseling :

5. La communication bidirectionnelle se fait lorsque :

- a. La cliente et le prestataire, tous les deux, parlent tour à tour
- b. La cliente et le prestataire, tous les deux, écoutent tour à tour
- c. A la fois a et b
- d. Aucun des points ci-dessus

6. Donner deux exemples de questions ouvertes.

1. _____
2. _____

7. Donner deux indications concernant l'art d'écouter. (Comment pouvez-vous savoir que quelqu'un est en train d'écouter attentivement ?)

1. _____
2. _____

8. Quel est le minimum d'informations essentielles sur la planification familiale que vous devez donner à chaque cliente de la fistule traumatique avant sa sortie ?

9. Lister de trois réactions émotionnelles que les clientes de la fistule traumatique peuvent avoir pendant ou après les soins.

1. _____
2. _____
3. _____

10. Choix informé signifie (cocher toutes les réponses correctes)

- L'on a fourni à la cliente toutes les informations.
- La cliente ne peut pas quitter le site du service sans choisir une méthode de planification familiale.
- Le prestataire aide la cliente à prendre une décision.
- Les membres de la famille motivent la cliente à choisir une méthode de planification familiale particulière.

11. Qu'est-ce que l'empathie ?

12. Donner deux exemples concernant la façon dont on peut créer un environnement favorable pour le counseling.

1. _____
2. _____

13. Une femme arrive à votre site avec une fistule traumatique survenue suite à une agression sexuelle. En usant d'un langage simple, expliquer à la cliente ce qui se passe dans son corps en ce moment précis.

14. Expliquer comment les croyances peuvent influencer les soins offerts par les prestataires. Donner un exemple concret de croyance, valeur ou jugement sur la fistule traumatique et comment cela pourrait affecter les soins offerts.

15. Lister trois importantes questions à aborder au moment de faire le counseling de la cliente de la fistule traumatique accompagnée de son partenaire.

1. _____

2. _____

3. _____

16. Lister trois questions qui pourraient être mieux développées au cours d'une session de counseling de la cliente seulement, sans être accompagnée de son partenaire.

1. _____

2. _____

3. _____

Retourner à la page 18 du curriculum de formation de la fistule obstétricale – Matériels.

Document alternative 1-B

Calendrier de l'atelier

Session	Participants	Heure
Session 1 : Session d'ouverture		
Partie A : Inscription et pré-test	Tous	Matin, journée 1
Partie B : Discours d'ouverture	Tous	
Partie C : Initiation à l'atelier	Tous	
Session 2 : Valeurs et attitudes des prestataires		
Partie A : La relation entre la santé mentale et la santé physique et le rôle des prestataires dans les soins psychosociaux	Tous	Matin/Après-midi, Journée 1
Partie B : Valeurs et attitudes	Tous	
Partie C : Choix éclairé, consentement éclairé et droits de la cliente	Tous	
Session 3 : Comprendre ce qu'est la fistule obstétricale et traumatique		
Partie A : Description du problème	Non médecins	Après-midi, journée 1
Partie B : Causes de la fistule	Non médecins	
Partie C : Conséquences sanitaires et sociales de la fistule traumatique	Non médecins	
Partie D : Raisons pour lesquelles les femmes ne recherchent pas de soins	Non médecins	
Partie E : Fistule traumatique et impact psychosocial sur l'individu, la famille et la communauté	Non médecins	
Session 4 : Comprendre le point de vue de la cliente		
Partie A : Comprendre le point de vue de la cliente	Non médecins	Matin, journée 2
Partie B : La réponse psychosociale à la violence sexuelle et à la fistule traumatique	Tous	
Partie C : Elaboration d'études de cas des patientes de la fistule traumatique	Tous	
Partie D : Confidentialité, intimité et dignité	Tous	
Session 5 : Communication interpersonnelle		
Partie A : Communication bidirectionnelle	Tous	Après-midi, journée 2
Partie B : Communication verbale et non verbale	Tous	
Partie C : Ecoute active et l'art d'écouter	Tous	
Partie D : Savoir poser des questions ouvertes	Tous	
Partie E : Réaction positive à travers la paraphrase, l'éloge, l'encouragement et l'empathie	Tous	
Partie F : Utilisation d'un langage simple et d'aides visuelles	Tous	
Partie G : Cadre de counseling : RED1	Tous	

Session	Participants	Heure
Session 6 : Counseling de la cliente de la fistule traumatique		
Partie A : Vue d'ensemble du counseling	Tous	Matin/Après-midi, journée 3
Partie B : Counseling des clientes de la fistule traumatique (Questions sanitaires psychosociales et physique)	Tous	
Partie C : Counseling des femmes et des enfants ayant des besoins spéciaux	Non médecins	
Session 7 : Informations sur la planification familiale et counseling sur la santé		
Partie A : Counseling sur les grossesses non désirées et la contraception d'urgence	Tous	Matin, journée 4
Partie B : Planification familiale	Tous	
Partie C : Infections sexuellement transmissibles et prophylaxie post-exposition du VIH	Non médecins	
Session 8 : Counseling de la famille de la cliente		
Partie A : Impact de la violence sexuelle et de la fistule traumatique sur les époux et les familles	Tous	Après-midi, journée 4/ Matin, journée 5
Partie B : Vue d'ensemble du counseling de la famille de la cliente	Non médecins	
Partie C : Counseling durant l'admission et pendant la période préopératoire	Non médecins	
Partie D : Counseling après l'opération	Non médecins	
Partie E : Counseling à la sortie	Non médecins	
Session 9 : Soutien de la cliente de la fistule traumatique		
Partie A : Formation de groupes de soutien à la cliente au sein de la structure	Non médecins	Après-midi, journée 5
Partie B : Savoir utiliser les cas de réussites	Non médecins	
Partie C : Liens avec la communauté	Non médecins	
Partie D : Implication de l'homme au niveau communautaire	Non médecins	
Session 10 : Stage pratique		
Observation et counseling des clientes de la fistule	Tous	Matin, journée 6/ Matin, journée 7
Session 11 : Soutien au prestataire		
Partie A : Vue d'ensemble des défis et impacts du prestataire/ conseiller travaillant avec les clientes de la fistule traumatique	Tous	Après-midi, journée 7
Partie B : Gestion du stress et prévention de l'épuisement professionnel	Tous	
Partie C : Auto-soins	Tous	
Partie D : Conclusion	Tous	

Retourner à la page 18 du curriculum de formation de la fistule obstétricale – Matériels.

Ressource supplémentaire

Trois éléments de gestion complète de la fistule

La prévention

- Soutien des efforts de la communauté pour renforcer la protection des femmes et des filles contre la violence sexuelle, les efforts de plaidoyer au niveau national et international pour mettre fin à la violence sexospécifique
- Méthodes de prévention précoces
 - Nutrition
 - Education des filles
 - Prévention des grossesses précoces
 - Planification familial

La prévention (suite)

- Prévention immédiate
 - Soins obstétricaux essentiels et d'urgence
 - Prévention des « trois retards »
 - Retard dans la décision par rapport à la recherche de soins
 - Retard pour se rendre à une structure de soins de santé
 - Retard dans l'accueil au niveau de la structure

Traitement

- Orientation vers des structures de soins de santé appropriées (au sein de la communauté et vers d'autres structures)
- Accès au traitement chirurgical, y compris les soins préopératoires et postopératoires
- Counseling et soutien affectif

Réinsertion

- Réinsertion sociale, y compris la réduction de la stigmatisation /discrimination et le développement de la formation professionnelle et du soutien
- Réadaptation physique
- Counseling et soutien affectif

Retourner à la page 21 du curriculum de formation de la fistule obstétricale – Etape 6 de la préparation préalable.

Annexe C équivalent

Annexe C

Pré-test/post test des réponses clé sur le counseling de la fistule traumatique

1. Indiquer les trois éléments qui forment le cœur de l'approche globale concernant l'assistance des femmes ayant la fistule traumatique et leurs familles. (3 points)
 1. **Le soutien des efforts de la communauté dans le renforcement de la protection des femmes et des filles contre la violence sexuelle**
 2. **L'accès au traitement chirurgical, y compris les soins préopératoires et postopératoires**
 3. **La réinsertion sociale, la réadaptation physique, le counseling et le soutien affectif**
2. A quel moment le counseling de la cliente de la fistule traumatique pourrait se faire ? (1 point)
 - a. Avant, pendant et après la chirurgie
 - b. A chaque fois que vous êtes en contact avec la cliente
 - c. Seulement après l'admission de la cliente pour la chirurgie
 - d. Lorsque vous disposez du temps supplémentaire et que vous n'avez rien d'autre à faire
 - e. A la fois a et b**
3. Où est ce que le counseling de la cliente de la fistule traumatique devra se faire ? (1 point)
 - a. Dans une chambre privée avec porte
 - b. N'importe où dans le site du service à un endroit où la confidentialité et l'intimité peuvent être assurées
 - c. Dans un lieu de rencontre de la communauté
 - d. Aucun des points ci-dessus
 - e. A la fois a et b**
4. Donner un exemple de la manière dont vous pouvez respecter l'intimité d'une cliente de la fistule traumatique lors du counseling : (2 points)

Réponses possibles :

 - **Parler à voix basse**
 - **Discuter avec la cliente dans une chambre ou un espace privé(e) (si possible)**
 - **Eviter de partager les informations concernant son cas avec d'autres personnes à moins que ce soit nécessaire**
5. La communication bidirectionnelle se fait lorsque : (1 point)
 - a. La cliente et le prestataire, tous les deux, parlent tour à tour
 - b. La cliente et le prestataire, tous les deux, écoutent tour à tour
 - c. A la fois a et b**
 - d. Aucun des points ci-dessus

6. Donner deux exemples de questions ouvertes. (2 points)

Réponses possibles :

- Qu'avez-vous ressenti lorsque vous avez vu pour la première fois que vous avez des fuites d'urines ?
- Qu'avez-vous fait lorsque vous avez remarqué pour la première fois que vous avez des fuites d'urines ?
- Comment vous vous sentez maintenant ?
- Que pensez-vous qu'il va vous arriver durant votre séjour ici ?
- Quelles sont vos préoccupations ?
- Quelles sont les questions ou préoccupations de votre mari ou partenaire à propos de votre situation ?

7. Donner deux indications concernant l'art d'écouter. (Comment pouvez-vous savoir que quelqu'un est en train d'écouter attentivement ?) (2 points)

Réponses possibles :

- Ecouter attentivement votre interlocuteur ; éviter de faire d'autres tâches au même moment et ne pas interrompre
- Poser des questions
- Montrer de l'empathie
- Réfléchir (i.e., faire des répétitions, utiliser vos propres mots, confirmer que vous avez compris)
- Interpréter les sentiments et les émotions derrière ce qui est dit
- Intégrer ce qui a été dit dans les autres discussions
- Eviter de parler à d'autres personnes en écoutant
- Montrer un intérêt réel par rapport au sujet
- Maintenir le contact visuel avec l'interlocuteur (en respectant les normes culturelles)

8. Quel est le minimum d'informations essentielles sur la planification familiale que vous devez donner à chaque cliente de la fistule traumatique avant sa sortie ? (5 points)

- Pour éviter tout dommage à la réparation chirurgicale de la fistule, elle devrait s'abstenir de rapports sexuels et éviter d'introduire quoi que ce soit dans le vagin pendant au moins trois mois après la procédure.
- Si elle a eu une aménorrhée, sa période menstruelle peut revenir entre deux et quatre mois après une réparation chirurgicale réussie. Elle pourrait ovuler avant son premier cycle menstruel, et par conséquent, elle est exposée au risque de tomber enceinte avant le retour des règles.
- Elle devrait commencer à utiliser une méthode de planification familiale avant de reprendre l'activité sexuelle.
- Certaines femmes peuvent avoir une stérilité secondaire après une fistule traumatique. Elle devrait présumer qu'elle est fertile jusqu'à preuve du contraire.
- Elle a besoin de savoir où et comment obtenir des services de planification familiale (pendant son séjour à l'hôpital ou après sa sortie).

9. Lister de trois réactions émotionnelles que les clientes de la fistule traumatique peuvent avoir pendant ou après les soins. (3 points)

Réponses possibles :

- Sentiment de culpabilité et de reproche de soi
- Honte et sentiment de grossièreté
- Manque de confiance en soi
- Changement d'humeur
- Manque d'estime de soi
- Dépression
- Sentiment de peur
- Anxiété/peine
- Colère
- Rétraction et isolement
- Sentiment d'impuissance
- Dénégation/négation

10. Choix informé signifie (cocher toutes les réponses correctes): (2 points)

L'on a fourni à la cliente toutes les informations.

La cliente ne peut pas quitter le site du service sans choisir une méthode de planification familiale.

Le prestataire aide la cliente à prendre une décision.

Les membres de la famille motivent la cliente à choisir une méthode de planification familiale particulière.

11. Qu'est-ce que l'empathie ? (1 point)

- Se mettre à la place de la cliente et comprendre son point de vue comme si c'était vous-même.

12. Donner deux exemples concernant la façon dont on peut créer un environnement favorable pour le counseling. (2 points)

Réponses possibles :

- S'assurer que la cliente est prête à parler.
- S'asseoir ou se tenir debout au même niveau que la cliente.
- Parler à voix basse.
- Fermer la porte.
- Parler dans la langue maternelle de la cliente ou dans la langue locale.
- Assurer la confidentialité

13. Une femme arrive à votre site avec une fistule traumatique survenue suite à une agression sexuelle. En usant d'un langage simple, expliquer à la cliente ce qui se passe dans son corps en ce moment précis. (2 points)

Une fistule traumatique se développe à la suite de blessures internes au cours d'une agression sexuelle très violente, résultant à un trou entre le vagin et la vessie ou entre le vagin et le rectum, ou les deux. De l'urine et/ou de la matière fécale passe de manière incontrôlable par ce trou.

14. Expliquer comment les croyances peuvent influencer les soins offerts par les prestataires. Donner un exemple concret de croyance, valeur ou jugement sur la fistule traumatique et comment cela pourrait affecter les soins offerts. (2 points)

Nos croyances façonnent nos attitudes ou notre manière de penser et d'agir envers des personnes ou par rapport à des idées particulières.

Exemples possibles :

- Si un prestataire croit que les femmes qui ont été violées doivent être fortes et faire face à leurs difficultés silencieusement afin qu'elles puissent mener leur vie de manière adéquate, il pourrait avoir du mal à offrir des soins de manière empathique.
- Si un prestataire croit qu'une adolescente ayant une fistule traumatique ne devrait pas avoir de relation sexuelle de manière régulière jusqu'à ce qu'elle devienne vieille, il pourrait ne pas discuter de manière appropriée les options de planification familiale.

15. Lister trois importantes questions à aborder au moment de faire le counseling de la cliente de la fistule traumatique accompagnée de son partenaire. (3 points)

Réponses possibles :

- Dissiper tout mythe par rapport aux raisons de la survenance de la fistule.
- Couvrir les questions liées aux soins postopératoires, y compris la nécessité de l'abstinence sexuelle pendant au moins trois mois, la planification familiale, et l'établissement du calendrier/la nécessité de faire des visites de suivi.
- Discuter la manière de favoriser la réinsertion de la cliente dans sa famille et dans sa communauté.

16. Lister trois questions qui pourraient être mieux développées au cours d'une session de counseling de la cliente seulement, sans être accompagnée de son partenaire. (3 points)

Réponses possibles :

- Les questions de sexualité
- Les infections sexuellement transmissibles
- Les autres partenaires sexuels
- Comment soutenir la cliente de la meilleure façon sur le plan affectif
- Comment aider au mieux la cliente à retrouver l'estime de soi

Total des points : 35

Points nécessaires pour 80% : 28

Retourner à la page 23 du curriculum de formation de la fistule obstétricale – Partie B : Cérémonie d'ouverture.

Ressource supplémentaire

Activité 3 : Présentation/Discussion (10 minutes)

1. Demander aux participants de prendre un bout de papier et de noter trois éléments composant le cœur d'une approche globale d'aide aux femmes ayant la fistule traumatique et à leurs familles.
2. Demander aux volontaires de donner leurs points de vue et d'inscrire quelques suggestions essentielles sur le tableau en papier en rassemblant le plus que possibles les commentaires similaires possible.
3. Animer une discussion, en comparant les réponses des participants à celles figurant sur le tableau de conférence préparé.
4. Souligner les différentes manières dont la plupart des sujets de discussion de la session de formation aborde les éléments clé, essentiellement dans le domaine du traitement et de la réinsertion.

Allez à la page 33 du curriculum de formation de la fistule obstétricale – Session 2 : Valeurs et attitudes des prestataires.

Session 2

Valeurs et attitudes des prestataires

Les prestataires des soins de santé travaillant avec les clientes de la fistule notent que la décision des femmes concernant le traitement—et, en fin de compte, si elles peuvent être soignées—dépend souvent de l'état psychosocial de la cliente, notamment son état émotionnel, la manière dont elle voit ses choix et contraintes, sa compréhension et ses croyances culturelles par rapport à sa propre personne, et à quoi elle s'attend lui arrivera à la suite de soins médicaux (i.e., si elle pense que cela va l'aider ou si elle croit que c'est dangereux, etc.). Par conséquent, il est crucial que les prestataires soient sensibles aux questions psychosociales liées à la fistule traumatique.

Pour intégrer une discussion sur la fistule traumatique dans la présente session, il faudra se référer aux éléments suivants contenus dans le présent supplément (tel qu'indiqué dans les instructions contenues dans les cases rose dans le curriculum de formation de la fistule obstétricale) :

- Vue d'ensemble de la Session 2 équivalente : Objectifs de la session, Points à retenir, Méthodes de formation, Matériels, Préparation préalable et Conseil pour la formation (pages 24 à 27)
- Ressource supplémentaire : Supplément 2A—Partie A : La relation entre la santé physique et mentale et le rôle des prestataires dans les soins psychosociaux (pages 28 à 30)
- Document supplémentaire 2-a : Etude de cas— République démocratique du Congo (pages 31 à 32)
- Document supplémentaire 2-b : Etude de cas — Nord de l'Ouganda (pages 33 à 34)
- Ressource supplémentaire : Ressource équivalent du formateur 2-D—Echantillon de déclarations de valeur pour la Partie B, Activité 5 (pages 35 et 36)
- Ressource supplémentaire : Partie B, Activité 6—D'autres exemples concernant la manière dont les valeurs et attitudes peuvent influencer la qualité des soins (page 37)

Vue d'ensemble de la Session 2 équivalente

Vue d'ensemble de la Session 2

Objectifs de la session

A la fin de cette session, les participants seront en mesure de faire ce qui suit :

- Définir les termes suivants : choix éclairé, consentement éclairé, valeurs et attitudes
- Discuter l'importance d'être respectueux et neutre envers toutes les clientes sans tenir compte de leurs valeurs, statut social ou leur situation personnelle
- Identifier les raisons pour lesquelles les travailleurs de la santé peuvent s'abstenir de discuter avec les clientes sur l'origine traumatique de leur fistule
- Expliquer les raisons pour lesquelles les travailleurs de la santé peuvent s'inquiéter sur leur propre sécurité en répondant aux besoins des victimes de la violence sexuelle
- Explorer les voies et moyens d'aider les clientes à parler de la violence sexuelle
- Expliquer l'importance du fait d'être conscient de ses propres valeurs et attitudes et d'éviter de les imposer aux clientes
- Expliquer les différences qui existent entre les termes « sexe », « genre », « équité entre les sexes », et « égalité des sexes »
- Discuter les différences entre les règles de comportement des hommes et celles des femmes, et la façon dont ces règles concernant le genre affectent la vie des hommes et des femmes
- Examiner les attitudes propres aux participants sur les différences, les rôles et les inégalités entre les sexes
- Faire une liste de quelques rumeurs et mythes fréquents autour de la fistule et essayer de comprendre comment ils peuvent entraver la capacité des clientes à prévenir et à avoir accès au traitement
- Explorer les voies et moyens de dissiper les idées fausses, les rumeurs et mythes que les clientes ou leurs familles et leurs communautés pourraient avoir sur la fistule.

POINTS À RETENIR

- ✓ Le choix éclairé est une décision volontaire et mûrement réfléchie qu'une personne prend sur la base d'options, d'informations et de sa compréhension.
- ✓ Le consentement éclairé c'est la communication entre une cliente et un prestataire confirmant que la cliente a fait un choix éclairé et volontaire par rapport au fait d'utiliser ou de bénéficier d'une méthode ou d'une procédure médicale.
- ✓ Chaque interaction entre une cliente et le personnel sanitaire - depuis le moment où elle entre dans le système de soins de santé jusqu'à la sortie- affecte la satisfaction de la cliente par rapport aux soins reçus, la rapidité de son rétablissement, et sa capacité de prendre soin d'elle-même après avoir quitté la structure.

(suite)

POINTS À RETENIR (SUITE)

- ✓ Nos valeurs, attitudes, sentiments, les différences de genre, les inégalités relatives au genre et les préjugés affectent notre manière de traiter la maladie d'une cliente.
- ✓ Les mythes et les fausses idées jouent un rôle majeur dans le défaut de prévention de la fistule, les stigmatisations et discriminations injustifiées, et l'accès médiocre au traitement.
- ✓ Le counseling ciblé joue un rôle clé dans la réfutation des mythes et les fausses idées que les clientes et leurs familles ont sur les raisons de la survenance de la fistule et sur la manière dont elle peut être prévenue et traitée.
- ✓ Alors que les conséquences mentales et physiologiques de la fistule affectent toutes les femmes qui ont ce problème, les patientes de la fistule traumatique doivent aussi faire face aux effets psychosociaux de la violence sexuelle qui les a amenées à développer ces conditions.
- ✓ Le fait d'aborder les questions de la violence sexuelle avec les clientes de la fistule est une première étape cruciale pour aider les femmes et les jeunes filles à obtenir l'assistance dont elles ont besoin ; la cliente pourrait ne pas parler de son expérience avec un autre personne, et le fait de rompre le silence peut donner de l'espoir à la cliente (*adaptée à partir du FNUAP, 2001*).
- ✓ Le personnel peut jouer un rôle très important quand il s'agit d'aider les clientes à discuter la nature traumatique de leurs troubles médicaux, mais ils peuvent s'abstenir de le faire (par exemple, cela pourrait causer un problème au personnel au moment d'examiner/d'interroger les clientes sur la violence sexuelle et le trauma psychosocial). Certains membres du personnel peuvent résister à poser des questions sur la violence sexuelle pour un certain nombre de raisons :
 - Ils ont souvent de grandes contraintes de temps.
 - Ils peuvent ne pas considérer la violence sexuelle comme étant une question sanitaire (i.e., cela ne fait pas partie de leur responsabilité).
 - Ils peuvent croire que les femmes vont le nier et/ou avoir honte.
 - Ils peuvent être submergés par la question et croire qu'ils ne peuvent rien faire pour les aider. (*Adapté à partir de : Bott et al., 2010*)
- ✓ Dans certaines structures, les travailleurs de la santé qui fournissent une assistance médicale et offrent des services de counseling aux survivantes de la violence en temps de guerre font également face à des menaces contre leur sécurité personnelle de la part des groupes armés à cause de leur travail.
- ✓ Le personnel, à travers l'organisation, peut assister les clientes de la fistule traumatique en leur fournissant de l'aide, une bonne compréhension, de l'approbation et des informations (*adapté de : FNUAP, 2001*).

Méthodes de formation

- Mise en train
- Exercice en grand groupe
- Discussion
- Etude de cas
- Jeu de rôles
- Sketch

Matériels

- Tableau en papier, chevalet, marqueurs, stylos, crayons, cinq petits bouts de papier pour chaque participant, et ruban adhésif
- Document du participant 2-A : Counseling, choix éclairé, consentement éclairé et droits de la cliente
- Document supplémentaire du participant 2-a : Etude de cas—République démocratique du Congo
- Document supplémentaire du participant 2-b : Etude de cas—Nord de l'Ouganda
- Document du participant 2-B : Le consentement éclairé dans les soins de la fistule
- Document du participant 2-C : Protocole de consentement éclairé
- Document du participant 2-D : Formulaire de consentement éclairé
- Document du participant 2-E : Figure ambiguë
- Document du participant 2-F : Le jeu du genre
- Document du participant 2-G : Le genre
- Document du participant 2-H : Valeurs et attitudes dans la fourniture des services de soins sanitaires
- Document du participant 2-I : Exemples de mythes et d'idées fausses sur la fistule
- Ressource du formateur 2-A : Questions/exercices de discussion sur le consentement éclairé
- Ressource du formateur 2-B : Réponses au jeu du genre
- Ressource du formateur 2-C : Exemples de tableaux-papier comportant les expressions suivantes : « Agis en tant qu'homme » et « Agis en tant que femme »
- Ressource du formateur 2-D : Exemple de jugement de valeur

Préparation préalable

1. Préparer un tableau papier comportant la liste des objectifs de la présente session.
2. Faire une copie de la ressource du formateur 2-A, découper les questions de discussion en bandes, les plier, et les mettre dans un bol.
3. Examiner la liste des jugements de valeur (Ressource du formateur 2-D). Sélectionner sept jugements pour cet exercice en y ajoutant d'autres, au besoin. Les jugements sont disposés de manière aléatoire, de sorte qu'il vous faudra décider de l'ordre dans lequel ils seront utilisés (voir Conseil pour la formation dans l'activité 5).

CONSEIL POUR LA FORMATION

Les déclarations de valeur de la Ressource 2-D du formateur ne doivent pas être distribués sous forme de documentation, car les participants (ou d'autres personnes pouvant lire le document) pourraient se méprendre sur le but de cet exercice et penser que ces jugements reflètent les croyances d'EngenderHealth et/ou des formateurs. Ces derniers peuvent ajouter des jugements de valeur reflétant les croyances et valeurs locales.

4. Confectionner cinq panneaux distincts sur lesquels il est inscrit respectivement : TOUT A FAIT D'ACCORD, D'ACCORD, PAS DU TOUT D'ACCORD, PAS D'ACCORD, et PAS SUR. Afficher ces panneaux sur trois murs à côté des participants.
5. Disposer les tables et chaises de sorte que les participants puissent se déplacer facilement entre les panneaux.
6. Réviser toute la documentation du participant pour la présente session.
7. Inscrire « Mythes sur la fistule » sur un tableau en papier et l'afficher au mur. (Ajouter des feuilles supplémentaires pendant la session de remue-méninges du groupe, au besoin.)

Durée (totale) de la session : 4 heures 15 minutes

Se référer à la page 36 du curriculum de formation sur la fistule obstétricale – Etapes de formation de la Session 2.

Ressource supplémentaire

Supplément 2A

Partie A : La relation entre la santé mentale et la santé physique et le rôle des prestataires dans les soins psychosociaux

NOTE AUX FORMATEURS

Le présent supplément utilise une étude de cas pour aider les participants en formation à explorer les croyances, émotions et la compréhension des clientes par rapport à tout ce qui peut amener les femmes ayant le même problème médical à prendre des décisions différentes. L'exercice est basé sur une étude de cas concentrée sur la violence sexuelle et la fistule traumatique. Le Document supplémentaire 2-a et les questions de discussion trouvées à la fin du document sont d'une importance capitale pour la réussite de cette activité.

Durée : 1 heure, 15 minutes

Activité 1: Mise en train (15 minutes)

1. Donner un bout de papier à chaque participant.
2. Demander aux participants de rédiger individuellement une expérience qu'ils ont eue en fournissant des soins à une victime de la violence sexuelle et qui représentait particulièrement un défi. Cela pourrait être causé par l'état passionnel de la cliente, le fait que la durée du cas ait été plus longue que prévue et a finalement créé un retard, ou alors par les préoccupations concernant la sécurité personnelle dans l'implication au cas, ou pour d'autres raisons encore.
3. Outre la description du cas, demander aux participants de faire part sur écrit de la manière dont ils (les prestataires) se sont sentis et comment ils ont pris en main la situation.
4. Expliquer que vous aimeriez bien utiliser quelques unes de ces descriptions pour entamer une discussion sur les problèmes que les prestataires font face en aidant les victimes de la violence sexuelle, ainsi que l'impact que cela peut avoir sur eux en tant qu'individus. Les participants devraient se sentir libres de faire part de leur situation par écrit de manière anonyme.
5. Prendre 10 minutes pour la partie concernant la rédaction de cette activité. Lorsque les participants auront fini d'écrire, ramasser les récits et choisissez-en quelques uns au hasard que vous lirez à haute voix.

6. Diriger une discussion ouverte qui va durer cinq minutes sur quelques raisons pour lesquelles les prestataires de soins de santé peuvent être un peu réticents quand il s'agit de traiter les cas de violence sexuelle dans leur travail, en indiquant que même les prestataires ayant des années d'expérience dans ce travail peuvent rencontrer des situations pouvant les mettre mal à l'aise. Diriger la discussion en insistant également sur les solutions pouvant être développées par les participants afin de les aider à aborder les questions difficiles.

CONSEIL POUR LA FORMATION

Les prestataires des soins de santé et les conseillers socio-psychologiques font face à beaucoup de contraintes dans leur travail quotidien qui peuvent les empêcher de discuter de manière efficace la violence sexuelle. Même le personnel travaillant dans les centres de santé spécialisés au traitement de la violence sexuelle peut rencontrer des cas très difficiles et faire face même à des menaces sur leur sécurité personnelle à cause de leur travail. L'activité de mise en train ci-dessus est destinée à aider les participants à indiquer les raisons pour lesquelles ce phénomène peut constituer un challenge pour les prestataires, c'est-à-dire, le fait de discuter avec les clientes de la violence sexuelle. Elle est également destinée à encourager les participants à partager leurs solutions avec leurs collègues. Pour certains participants, le fait de discuter des cas difficiles antérieurs peut être pénible. Il faudra garder à l'esprit que les participants ne devraient pas se sentir obligés de parler de leurs expériences s'ils ne se sentent pas à l'aise pour le faire. Cependant, ils peuvent profiter de l'occasion pour écouter les autres participants parler de problèmes similaires rencontrés et des solutions apportées.

Il est également essentiel de souligner dans la présente activité que les prestataires travaillant avec les clientes de la fistule traumatique peuvent rencontrer des difficultés en parlant des expériences de la violence sexuelle qui ont incité les femmes et les jeunes filles à se rendre aux structures sanitaires (se référer aux Points clé). Pourtant, les clientes mettront beaucoup de temps à guérir physiquement sans pour autant traiter les aspects psychosociaux, et les prestataires peuvent également trouver des solutions même dans les situations les plus compliquées.

Activité 2 : Etude de cas (15 minutes)

1. Demander aux participants de former des groupes de 5 à 6 personnes. Chaque groupe devra utiliser un des deux études de cas (soit le Document supplémentaire 2-a, soit le Document supplémentaire 2-b) pour cette activité.
2. Distribuer une copie du Document supplémentaire 2-a ou du Document supplémentaire 2-b à chaque participant. Tous les participants au sein de chaque groupe devront utiliser la même étude de cas.
3. Les participants devront lire les études de cas et en discuter en utilisant des questions.
4. Un participant de chaque groupe devra faire un bref résumé des points clé retenus par leur groupe de discussion.

5. En tant que groupe, identifier tous les scénarios possibles qui pourraient former la fin de l'étude de cas.
 - Pour l'étude de cas du Document supplémentaire 2-a, la cliente pourrait vouloir subir l'opération et en même temps préoccupée du fait que son mari de toute façon va la rejeter ; la cliente pourrait décider de ne pas subir l'opération et retourner dans sa communauté pour faire face à la possibilité d'isolement et du rejet; ou alors elle pourrait décider de ne pas subir l'opération et ne pas vouloir retourner auprès de sa communauté.
 - Pour l'étude de cas contenue dans le Document supplémentaire 2-b, la jeune femme pourrait commencer à avoir confiance au travailleur de la santé, dépendant des techniques de counseling ; ou le personnel de santé de la clinique pourrait chercher de l'aide auprès de leaders religieux.

CONSEIL POUR LA FORMATION

Les prestataires de soins de santé travaillant avec les clientes de la fistule traumatique notent que le statut psychosocial de la cliente, y compris son état émotionnel, la façon dont elle voit son choix et ses contraintes, sa compréhension et ses croyances culturelles concernant sa propre personne, et à quoi elle s'attend lui arrivera à la suite de soins médicaux (i.e. si elle pense que cela va l'aider ou si elle croit que c'est dangereux, etc.) peut affecter sa décision sur le traitement et en fin de compte si elle peut être guérie. La présente étude de cas devra aider les participants à examiner les différentes possibilités pouvant découler d'un scénario, étant donné que les différentes clientes auront des croyances, des émotions et une compréhension différentes, tout ceci pouvant mener les femmes ayant le même problème médical à prendre des décisions différentes.

Activité 3 : Jeu de rôles (45 minutes)

1. Demander aux participants de former des groupes de 5 à 6 personnes.
2. Donner un rôle à chaque membre dans chacun des groupes, y compris la cliente, les membres de la famille, l'infirmière, le chirurgien, le psychologue/conseiller socio-psychologique, et tout autre personnage que les groupes pourraient penser (par exemple, les autres patients, un autre personnel de l'hôpital, les membres de la communauté).
3. Demander aux groupes d'élaborer et de jouer un bref sketch pour décrire l'un des résultats identifiés dans l'Étape 5 de l'Activité 1 ci-dessus.
4. Après avoir joué les sketches, animer une brève discussion sur les résultats présentés en insistant sur toute valeur et attitude que les prestataires (le chirurgien, les infirmières, les conseillers socio-psychologiques) pourraient faire apparaître dans leurs rôles.

Retourner à la page 34 du curriculum de formation sur la fistule obstétricale – Étape 3 de la Partie A, Activité 1.

Document supplémentaire

Document supplémentaire 2-a

Etude de cas—République démocratique du Congo

La présente étude de cas était présentée dans l'article intitulé « La fistule et les blessures génitales traumatiques causées par la violence sexuelle en situation de conflit à l'Est de la République démocratique du Congo » (Longombe, Claude, et Ruminjo, 2008). Elle est présentée en dessous textuellement à l'exception des deux dernières phrases. C'est l'histoire d'une femme qui s'appelle Rehema, âgée de 34 ans et qui a été sauvagement violée par cinq hommes armés.

Du fait que je ne pouvais pas avoir d'enfants, mon mari décida de prendre une seconde épouse, et finalement ils ont eu quatre enfants. Ma coépouse ne pouvait supporter que je touche ses enfants ; elle m'a surnommée la sorcière, la sorcière stérile. Ma vie avec eux n'était que tristesse et mécontentement. De ce fait, je passais tout mon temps à prier espérant qu'un jour, je pourrais devenir enceinte.

Des années plus tard, quand j'avais plus de 30 ans, je suis devenue enceinte pour la première fois de ma vie. Cela n'a rien changé au comportement de mon mari et de sa femme envers moi, mais dans mon calme intérieur, le fait d'être enceinte m'a un peu calmée. Dans mon village, il n'y avait pas de soins prénatals. J'ai jalousement protégé ma grossesse contre les grandeurs et les misères de la vie.

Puis, un matin, vers 10 heures, quand on était dans les champs moi et mon mari, un groupe de cinq hommes armés apparurent. Ils nous ont demandé de l'argent mais nous n'en avions pas. Alors ils nous ont dit que nous n'étions bons à rien et que nous méritions la mort. Ils me bandèrent les yeux, me déshabillèrent et me battirent sévèrement. Et puis, ils m'ont violée, encore et encore, l'un après l'autre, avec mes bras et mes pieds attachés à des piquets. Finalement, ils m'abandonnèrent là-bas, faible et avec des douleurs terribles, et emmenèrent mon mari en le traînant. Un instant, j'ai senti que j'étais mouillée ; de l'eau et du sang coulaient en grande quantité de mon utérus vers mes pieds. J'avais des crampes terribles au niveau de mon ventre et des vagues de douleurs atroces toute la nuit durant sans arrêt.

Le lendemain, ma coépouse, ayant remarqué notre absence, alerta les villageois. Ils se rendirent aux champs et me trouvèrent là-bas, à moitié morte, et faisant des gémissements à cause de la douleur. Ils me détachèrent et entre mes jambes il y avait mon bébé allongé, mort, et couvert d'insectes. J'étais choquée et complètement angoissée à cause de ce blasphème contre Dieu, l'humanité, contre la vie!

Arrivée au village, après l'enterrement de mon enfant, les autres mères m'ont proposée de rester en position assise dans de l'eau pendant des journées entières. Malgré cela, une semaine après, je ne pouvais plus contrôler ma vessie et j'avais des fuites d'urine constante accompagnée d'une odeur désagréable. C'était la deuxième rude épreuve de ma vie. Ayant surmonté le fait de ne pas avoir d'enfants, je devais maintenant vivre avec l'incontinence.

Un an plus tard, une équipe de conseillers socio-psychologiques visitait notre village et puis m'emmenèrent ici à Goma pour obtenir des soins appropriés. Je me suis tout de suite rendue compte que d'autres femmes

souffraient du même problème. Je n'avais subi que trois opérations sans amélioration, et j'avais toujours des fuites d'urine. Maintenant, ils ont proposé de détourner l'urine dans les intestins.

Mais c'est une solution que je ne peux accepter ; cela réduirait mes chances de reconquérir mon mari. Après ma deuxième opération, je suis retournée au village pour voir ma famille, mais mon mari m'a rejetée prétendant que j'avais le SIDA.

Points de discussion

1. Quelles sont les différentes formes de trauma que Rehema a souffert ?
2. Comment a-t-elle réagit à chacun de ces traumas ?
3. Rehema doit prendre une importante décision. Bien que sa fistule ne puisse pas être réparée, il y a une autre opération qui pourrait l'aider. Comment l'expérience et le trauma psychosociaux de Rehema pourraient-ils influencer la décision qu'elle doit prendre ?
4. Quel est le rôle du prestataire dans le counseling de Rehema à la présente situation, et qui doit faire le counseling ?
5. Si Rehema ne fait pas l'opération, quelle autre option a-t-elle ? Quels seraient ses besoins immédiats et à long terme, et quel est le rôle des prestataires pour l'aider à répondre à ces besoins ?

Document supplémentaire

Document supplémentaire 2-b

Etude de cas—Au nord de l'Ouganda

La présente étude de cas est basée sur une histoire présentée lors du XVIIIème Congrès sur la Gynécologie et l'Obstétrique. Margaret a été enlevée par des soldats rebelles à l'âge de 15 ans et forcée à l'esclavage sexuel. Une partie de l'étude de cas ci-dessous est extraite, mot pour mot, de l'histoire de la présentation. Cependant, certains aspects ont été modifiés, et la fin a été changée pour faire état des blessures physiques que les femmes et les jeunes filles ayant la fistule traumatique font face.

Je m'appelle "Margaret." J'ai été kidnappée par des soldats rebelles en provenance du sous conté de Palabek Kal en septembre 1998, à l'âge de 15 ans durant une incursion dans mon village. Mon père et ma mère ont été tués tous les deux sous mes yeux. Mais ils m'ont épargnée et m'ont donnée à un officier rebelle qui avait deux femmes. Dans la première nuit que j'ai passée là-bas, il m'a appelée. J'ai obéi espérant qu'il va me demander de faire quelque chose comme lui trouver de l'eau à boire. Il me demanda de m'asseoir près de lui et j'ai obéi. Les deux femmes sortirent de la chambre et nous laissèrent seuls.

Il commença à me caresser les seins, puis je l'ai rejeté car cela me dégoutait. J'étais tellement embarrassée que je voulais l'insulter, mais ma grand-mère me disait toujours de respecter les grandes personnes. Je savais que si j'obéissais à tout ce que ma grand-mère me disait, je deviendrais un bon enfant. Bien qu'elle soit loin de moi, je pouvais toujours entendre tout ce qu'elle me disait et suivre tout ce qu'elle m'a appris.

Il m'a violée trois fois cette même nuit. Le matin, j'ai rampé en sortant de la case et alla trouver l'une de ses épouses. Je croyais qu'elle allait me consoler, mais elle m'a grondée et m'a dit qu'elle n'était pas ma mère pour prendre soin de moi.

Je rampais tout autour et fit bouillir un peu d'eau pour me soigner moi-même. Les articulations de ma hanche faisaient comme si elles sortaient de leurs cavités, j'avais très mal au niveau de mes parties intimes. Je n'en revenais pas quand deux jours plus après, il m'appela et me viola encore deux fois de suite. C'est comme ça que j'ai passé ma vie pendant des mois.

Un jour, j'ai décidé de ne plus supporter la torture. J'ai commencé à chercher un moyen de m'échapper du camp des rebelles. Un matin, je me suis réveillée avant les autres, ramassé mes quelques affaires et n'importe quelle nourriture que je pouvais emporter, et j'ai commencé à courir dans la direction que je croyais être la plus proche de la ville.

Je courrais et me cachais toute la journée durant, mais l'officier était très en colère quand il s'est rendu compte que j'étais partie, et il envoya trois soldats pour me chercher. Ils me trouvèrent et me battirent sévèrement. Ils ont dit qu'ils allaient me donner une leçon, et ils ont introduit des branches d'arbres dans mon vagin. Finalement, quand ils ont fini de me battre, je ne pouvais plus marcher ou même me tenir debout. Ils m'ont dit que je n'étais bonne à rien et m'abandonnèrent.

Je suis restée deux jours de plus dans les buissons, jusqu'à ce qu'un homme plutôt âgé me trouva dans son chemin en allant aux champs. Il m'aida à aller à la clinique sanitaire. En ce moment là, l'urine avait commencé à couler. Je ne pouvais pas l'arrêter, et j'avais beaucoup d'autres blessures. Un homme à la clinique avait essayé d'examiner mes parties intimes, mais j'avais trop peur. Je l'ai repoussé fortement et j'ai crié. Toutes les personnes autour de moi, tous ceux qui m'étaient étranger me disaient que je devais m'allonger. Tout ce que je savais, c'est que je ne pouvais plus avoir confiance à personne.

Points de discussion

1. Quelles sont les différentes formes de trauma que Margaret a souffert ?
2. Comment a-t-elle réagit à chacun de ces traumas ?
3. Margaret est confrontée à une situation qu'elle ne comprend pas tellement. Pour obtenir de l'aide par rapport à son problème médical, elle devra permettre au personnel de la clinique de l'examiner. Comment l'expérience et le trauma psychosociaux de Margaret pourraient-ils avoir une influence sur la décision qu'elle doit prendre ?
4. Quel est le rôle du prestataire de soins de la clinique dans le counseling de Margaret par rapport à la présente situation, et qui devra faire le counseling ?
5. Supposons que Margaret accepte que le personnel de la clinique l'examine et qu'il l'oriente à l'hôpital, quels seraient ses besoins immédiats et à long terme à l'hôpital, et quel est le rôle des prestataires de soins de l'hôpital pour l'aider à répondre à de tels besoins ?

Source : Akullu, H. 2006. Voices from the field: Community research on the experiences of survivors and perpetrators of sexual violence. [« Le silence rompu : recherche communautaire sur les expériences des anciennes victimes et auteurs de la violence sexuelle. »] Exposé présenté au XVIIIème Congrès sur la Gynécologie et l'Obstétrique. Kuala, Lumpur, Malaisie, 5 – 10 novembre 2006.

Document supplémentaire

Document 2-D du formateur

Exemples de déclarations de valeurs

Ce qui suit constitue des valeurs que les individus peuvent avoir par rapport à la fistule ou par rapport aux femmes souffrant de la fistule.

NOTE AUX FORMATEURS

Etant donné que les femmes ayant la fistule traumatique vivent sous le double stigmate des affections physiques associées à la fistule et le fait qu'elles soient violées, les prestataires devraient être particulièrement sensibles par rapport à l'état passionnel des femmes ayant la fistule traumatique.

Les femmes qui ont été violées se trouvaient probablement au mauvais endroit au mauvais moment et auraient dû faire attention à éviter d'être violée.

Les fistules traumatiques sont réellement causées par les hommes, et ils doivent être punis.

Les filles qui sont violées à un jeune âge sont psychologiquement perturbées et ne se développeront pas comme les autres jeunes filles.

La violence sexuelle est un phénomène qui arrive en période de guerre. Nous ne pouvons pas l'éviter, et certaines femmes seront malchanceuses et se feront violer.

Les femmes et les jeunes filles qui sont violées doivent être fortes et faire face à leur situation de manière silencieuse afin de continuer à vivre une vie normale.

La plupart des femmes qui ont été violées ne veulent pas en parler, alors autant ne rien demander à ce sujet.

Les clientes de la fistule traumatique ont plus de problèmes que celles ayant la fistule obstétricale.

Les parents des jeunes filles ayant la fistule traumatique sont fautifs de permettre une situation où leurs filles peuvent être violées.

Lorsque les patientes de la fistule traumatique décident de déposer une plainte contre l'auteur du viol, cela met en danger la sécurité personnelle des prestataires de soins de santé.

Les pays ont la responsabilité de fournir des soins gratuits à toutes les femmes ayant la fistule.

Les femmes analphabètes sont les plus exposées à la fistule.

Les femmes qui ont été incisées sont les plus susceptibles de développer une fistule.

Si une femme atteinte de la fistule s'était bien occupée d'elle-même, elle n'aurait pas subi autant de conséquences sociales et sanitaires.

Toutes les femmes devraient être aidées pour atteindre leurs objectifs de procréation après une réparation réussie de la fistule.

La seule manière de prévenir la fistule obstétricale est de s'assurer que toutes les femmes accouchent dans un hôpital ou un centre de santé.

La fistule obstétricale est surtout causée par la pauvreté et l'accès difficile aux services de santé.

La fistule ne peut pas être causée par le viol ou les violences sexuelles.

La plupart des fistules obstétricales sont causées par des matrones traditionnelles qui ne respectent pas les recommandations en matière d'orientation vers des services spécialisés lorsque le travail est prolongé.

Les femmes atteintes de fistule auront du mal à être réintégrées dans leurs communautés, de ce fait, les organisations gouvernementales et non gouvernementales devraient financer des projets permettant à ces femmes de vivre ensemble dans leurs propres communautés composées de femmes fistuleuses.

Toute femme ayant subi une réparation de la fistule devrait être stérilisée pour éviter des dommages à la suite de la réparation chirurgicale.

Le mariage précoce fait partie intégrante de la société traditionnelle, et il n'y a presque rien que l'on puisse faire pour changer cette institution.

Les matrones traditionnelles et les prestataires de services au niveau des structures de santé devraient collaborer pour prévenir la fistule obstétricale.

Les hommes qui abandonnent leurs femmes parce qu'elles ont une fistule devraient être punis par la loi.

La majeure partie des fistules obstétricales sont causées par des matrones traditionnelles qui accomplissent des actes pouvant endommager l'appareil reproducteur de la femme.

La fistule obstétricale touche un pourcentage réduit de femmes, et compte tenu des budgets limités pour les soins de santé, les fonds devraient être investis dans la prévention de la fistule obstétricale, plutôt que d'essayer de traiter les femmes qui l'ont déjà contractée et y sont probablement habituées.

La seule manière de réduire le nombre de femmes atteintes de fistules obstétricales est de travailler en collaboration avec les communautés pour les mobiliser autour de questions comme le mariage précoce et la prise de conscience par rapport à la recherche de soins.

Se référer à la page 43 du Curriculum de formation de la fistule obstétricale (Partie B : Activité 5 – Conseil pour la formation).

Document supplémentaire

Partie B, Activité 6—Autres exemples concernant la manière dont les valeurs et attitudes ont une influence sur la qualité des soins

Dans la présente activité, vous devez poser aux participants une série de questions et diriger une discussion visant à identifier la manière dont les valeurs et attitudes des prestataires peuvent avoir une influence négative sur la qualité des soins offerts. En ce qui concerne la fistule traumatique, les formateurs devront garder à l'esprit plusieurs points supplémentaires/exemples tels que :

- Le fait de ne pas offrir aux clientes de la fistule traumatique un soutien psychosocial adéquat ou de ne pas les orienter vers des services spécialisés parce que les prestataires pensent que cela ne fait pas partie de leurs services de santé et que les femmes devraient essayer de trouver de l'aide supplémentaire elles-mêmes si elles en ont besoin.
- Aliéner les femmes et potentiellement compromettre la probabilité d'essayer d'obtenir des soins, en :
 - Insinuant que la femme est tenue responsable de sa fistule traumatique parce qu'elle est en quelque sorte la personne à blâmer pour le viol
 - Etant surpris du fait qu'une jeune fille ait souffert de la fistule traumatique et en se demandant où se trouvaient ses parents au moment du viol
- Le fait de ne pas inclure les maris/partenaires ou les autres membres de la famille dans les soins offerts aux femmes atteintes de fistule parce que les femmes sont tellement embarrassées au sujet de la fistule et ont honte de parler de la violence sexuelle qu'elles ne veulent aborder le problème avec qui que ce soit.

Retourner à la page 44 du curriculum de formation de la fistule obstétricale – Etape 2 dans la Partie B, Activité 6.

Session 3

Comprendre ce qu'est la fistule obstétricale et traumatique

La Session 3 intitulée *Counseling de la cliente souffrant de la fistule obstétricale : Un curriculum de formation*, définit la fistule obstétricale, décrit les expériences des femmes ayant la fistule obstétricale, explique l'étiologie, les facteurs contributifs et les conséquences de la fistule obstétricale, et décrit les éléments d'une stratégie globale de prévention de la fistule obstétricale. L'intégration de la fistule traumatique dans le présent document va nécessiter plus d'efforts de la part des formateurs plutôt que simplement d'omettre le mot « obstétrical » en discutant de la fistule ; d'importantes données factuelles sur la fistule traumatique devront être ajoutées.

Pour intégrer les informations sur la fistule traumatique dans la présente session, il faudra se référer aux éléments suivants contenus dans le présent supplément (tels qu'indiqués dans les instructions contenues dans les cases rose du curriculum de formation de la fistule obstétricale) :

- Vue d'ensemble sur la Session 3 équivalente : Objectifs de la Session, Points à retenir, Méthodes de formation, Matériels et Préparation préalable (pages 40 à 42)
- Activité équivalente : Partie A, Activité 1 : Déclarations vraies ou fausses (page 43)
- Document supplémentaire 3-a—Description du problème de la fistule traumatique (pages 44 à 48)
- Ressource supplémentaire : Partie A, Activité 4 : « Victime » versus « rescapée » (page 49)
- Ressource supplémentaire 3-b—Causes de la fistule traumatique (pages 50 à 53)
- Ressource supplémentaire 3-c—Conséquences sanitaires et sociales de la fistule traumatique (pages 54 à 56)
- Activité supplémentaire : Partie C complémentaire, Activité 2 : Conséquences de la fistule traumatique (page 57)
- Document supplémentaire 3-d—Conséquences de la fistule traumatique aux niveaux individuelle, familiale et communautaire (pages 58 à 59)
- Ressource supplémentaire : Partie D—Points supplémentaires pour la discussion (page 60)

Vue d'ensemble sur la Session 3

Objectifs de la session

Au cours de cette session, les participants devront :

- Définir la fistule obstétricale et la fistule traumatique
- Décrire et faire ressortir le contraste qui existe entre les expériences de la fistule obstétricale et de la fistule traumatique
- Décrire l'étiologie, les facteurs contributifs et les conséquences de la fistule obstétricale
- Décrire les trois éléments d'une stratégie globale de prévention de la fistule obstétricale

POINTS À RETENIR

- ✓ Une fistule obstétricale est un passage ou ouverture anormal entre les voies génitales et les voies urinaires ou intestinales.
- ✓ Il existe plusieurs types de fistules, mais la grande majorité est constituée par la *fistule vésico-vaginale* (FVV). Après la FVV, le type le plus commun de fistule est la FVV combinée avec la *fistule recto-vaginale* (FRV).
- ✓ Dans les pays en développement, la principale cause de la fistule obstétricale est l'accouchement dystocique prolongé et le manque d'accès rapide à des soins obstétricaux d'urgence.
- ✓ Les causes sociales profondes les plus importantes de la fistule obstétricale sont le manque d'accès aux soins obstétriques de qualité, notamment la présence d'un prestataire qualifié pendant les couches et l'accouchement, et le manque d'accès aux services critiques de planification familiale.
- ✓ Le manque d'accès aux soins est souvent associé au mariage précoce ou grossesse précoce, à la pauvreté, la malnutrition, aux violations des droits des femmes, et au manque d'équité.
- ✓ La fistule obstétricale présente un large éventail de conséquences médicales et sociales. « Comprendre que l'on devrait traiter « la personne entière » atteinte de la fistule, et pas seulement sa vessie ou son rectum endommagés, est le concept le plus important dans les soins de la fistule » (Wall, 1998).
- ✓ De nombreux facteurs empêchent les femmes pauvres et isolées de demander de l'aide, mais quand une réparation chirurgicale de haute qualité est mise à leur disposition, leur demande pour les services augmente considérablement.
- ✓ Trois éléments constituent le cœur d'une approche globale à la prévention de la fistule obstétricale:
 - Retarder les grossesses
 - Améliorer l'accès aux soins obstétriques, notamment les soins d'urgence
 - Traiter les questions sociales

(suite)

POINTS À RETENIR (suite)

- ✓ Une **fistule traumatique** est une ouverture anormale entre les voies génitales de la femme ou de la jeune fille et une ou plusieurs cavité(s) ou surface(s) du corps causée par la violence sexuelle, le plus souvent mais pas toujours, en période de guerre et d'après-guerre.
- ✓ La violence sexuelle est définie comme étant « tout acte sexuel, toute tentative d'obtenir un acte sexuel, tout commentaire ou avance sexuels non désirés, ou tout acte au trafic ou autrement, dirigés contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, de la part de toute personne sans tenir compte de leur relation avec la victime, dans n'importe quelle situation, y compris sans se limiter au foyer et au lieu de travail ». La violence sexuelle inclut le viol systématique pendant les conflits armés (OMS, 2002).
- ✓ La fistule traumatique peut survenir suite à une violence sexuelle particulièrement brutale pouvant inclure l'agression sexuelle très violente et l'introduction d'armes dans le vagin (par exemple, les fusils, les baïonnettes et les couteaux), de bâtons ou de branches d'arbres, de clous ou d'autres objets tranchants.
- ✓ La fistule traumatique peut survenir aux femmes et aux jeunes filles de tout âge. Les jeunes filles peuvent avoir des déchirures périnéales du troisième et du quatrième degré causées par la violence sexuelle avec des conséquences similaires ou pires que celles définies comme fistule traumatique.
- ✓ Etant donné que la fistule traumatique est considérée comme étant une fistule causée par la violence sexuelle, les femmes peuvent également développer une fistule suite à d'autres causes telles que les opérations gynécologiques (iatrogène), les pratiques traditionnelles dangereuses et les maladies (par exemple, la tumeur maligne de l'anus, la maladie de Crohn, ou la radiothérapie du cancer du col de l'utérus).
- ✓ Les pratiques traditionnelles dangereuses pouvant mener à la fistule incluent la mutilation génitale des femmes (y compris *gishiri yankan*) et l'infibulation. Dans de tels cas, les parties affectées ont été physiquement traumatisées, bien ce ne soit pas à travers le viol.
- ✓ Les femmes et les jeunes filles ayant la fistule traumatique sont exposées à deux formes de stress psychosocial directement lié à leur condition : le stress à cause de l'isolement, la honte, et le stigmate associé à la fistule ; et l'isolement, la honte et le stigmate associés à l' /aux incident(s) de la violence sexuelle qui a/ont causé la fistule. Dépendant de leur propre situation (par exemple, leur résistance individuelle, leurs caractéristiques personnelles ou leur niveau de soutien disponible), les femmes et les jeunes filles ayant la fistule traumatique peuvent souffrir d'une variété de symptômes du stress, notamment le sentiment de culpabilité et/ou la honte, la colère, l'anxiété, l'engourdissement, le retrait social, les cauchemars et d'autres difficultés telles que le manque de sommeil, l'abus de substances et les ruminations suicidaires.
- ✓ Les trois composantes de l'aide psychosociale apportée aux victimes de la violence sexuelle sont : Le soutien émotionnel, la prise en charge, la réadaptation/réinsertion sociale (Sous-groupe de travail de l'IASC sur les rapports sociaux entre les sexes et l'Action humanitaire, 2008, pp. 26–27).

Méthodes de formation

- Mise en train
- Exercice en petit groupe
- Discussion
- Présentation

Matériels

- Tableau en papier, chevalet, marqueurs et ruban adhésif
- Rétroprojecteur (facultatif)
- Document du participant 3-A : Description du problème de la fistule obstétricale
- Document du participant 3-B : Causes de la fistule obstétricale
- Document du participant 3-C : Conséquences sanitaires et sociales de la fistule obstétricale
- Document du participant 3-D : Raisons pour lesquelles les femmes ne recherchent pas de soins
- Document du participant 3-E : Prévention de la fistule obstétricale
- (Facultatif) Document du participant 5-E (*utiliser sous forme de transparent*) : Quatre types communs de la fistule obstétricale
- Document du participant 5-F (*utiliser sous forme de transparent*) : Le travail prolongé et ses effets sur l'appareil reproducteur.
- Document supplémentaire 3-a du participant : Description du problème de la fistule traumatique
- Document supplémentaire 3-b du participant : Causes de la fistule traumatique
- Document supplémentaire 3-c du participant : Conséquences sanitaire et sociale de la fistule traumatique
- Document supplémentaire 3-d du participant : Conséquences de la fistule traumatique aux niveaux individuel, familial et communautaire

Préparation préalable

1. Préparer un tableau-papier listant les objectifs de la présente session.
2. Réviser toute la documentation et faire une copie pour chaque participant.
3. Examiner la stratégie et les conseils pour la formation dans la présente session.
4. Préparer les tableaux de conférence ou les transparents pour les présentations.

Durée (totale) de la session : 1 heure, 55 minutes

Retourner à la page 73 du curriculum de formation de la fistule obstétricale – Etapes de formation de la Session 3.

Activité alternative

Partie A, Activité 1 alternative : Déclarations vraies/fausses

Déclaration	Réponse
Il a été estimé que, dans le monde entier, les fistules se développent une ou deux fois pour 1.000 accouchements.	Vrai
La grande majorité des fistules sont recto-vaginales..	Faux
En général, les femmes atteintes de fistules sont très pauvres et n'ont pas les moyens de se rendre à une structure de santé à temps pour recevoir des soins obstétricaux d'urgence.	Vrai
La fistule traumatique peut survenir chez les femmes et les jeunes filles à tout âge.	Vrai
La fistule traumatique ne survient jamais en dehors des périodes de conflit.	Faux
La fistule traumatique est aussi fréquente que la fistule obstétricale dans l'ensemble.	Faux

Examiner les réponses correctes et mettre en évidence les points suivants :

- *La fistule traumatique peut survenir chez les femmes et les jeunes filles à tout âge.*
La fistule causée par la violence sexuelle chez les jeunes filles peut différer en quelque sorte de la fistule chez les femmes âgées dans la mesure où les jeunes filles souffrent souvent de déchirures périnéales du troisième ou du quatrième degré. Cependant, l'effet est le même, sinon pire. Dans certains cas, les jeunes filles nécessitant une chirurgie de réparation de la fistule traumatique doivent attendre jusqu'à ce que les tissus au niveau de la zone affectée soient suffisamment mûrs pour que l'opération puisse réussir.
- *La fistule traumatique ne survient jamais en dehors des situations de conflit.*
Bien que la plupart des cas de fistule traumatique ait été documentée en relation avec les femmes et les jeunes filles vivant dans des zones affectées par les conflits et la violence sexuelle, cela n'exclut pas le fait que la fistule traumatique se développe à n'importe quel endroit.
- *La fistule traumatique est plus fréquente que la fistule obstétricale.*
Dans certains endroits, durant les périodes de conflit intense, la fréquence de la fistule traumatique peut être élevée. Toutefois, en général, la majorité des cas de fistule sont liés à l'accouchement dystocique. Toutes les jeunes filles et femmes souffrant de la fistule—sans tenir compte de la cause—ont besoin d'assistance de la part de professionnels qualifiés pour guérir aussi bien les conséquences physiques qu'émotionnelles de leur condition.

Retourner à la page 73 du curriculum de formation de la fistule obstétricale – Partie A : Activité 2.

Document supplémentaire

Document supplémentaire 3-a

Description du problème de la fistule traumatique

La fistule gynécologique traumatique (désignée fistule traumatique) est « une ouverture anormale entre l'appareil reproductif de la femme ou de la jeune fille et une ou plusieurs surfaces du corps ; elle est causée par la violence sexuelle, généralement mais pas toujours, en période de conflit et de post-conflit » (l'Hôpital de traitement des fistules d'Addis Abeba, et al, 2006). Bien que la définition mette en évidence les situations de conflit, il est reconnu que l'on trouve également la violence sexuelle en situation de non conflit et qu'elle peut aussi avoir lieu dans les relations domestiques. Lorsque la violence sexuelle est suffisamment sévère, elle peut mener à la fistule traumatique sans égard à la situation.

La violence sexuelle peut directement mener à des déchirures au niveau du périnée – la zone entre le vagin et l'anus. La plus superficielle connue sous le nom de déchirures du premier degré, implique la peau du périnée et le tissu autour de l'ouverture du vagin ou la couche extrême du vagin en tant que tel, et aucun muscle n'est impliqué. Les déchirures du second degré s'étendent jusqu'aux muscles sous la peau. Une déchirure du troisième degré implique le tissu vaginal, la peau du périnée et le muscle périnéal qui vont jusqu'au sphincter anal (le muscle entourant l'anus), tandis qu'une déchirure du quatrième degré s'étend à travers le sphincter anal et le tissu en dessous.

L'ampleur de la fistule traumatique

Malgré les défis importants et visibles posés par la fistule traumatique concernant les femmes et jeunes filles souffrant de la maladie, ce phénomène reste un problème caché. Le stigmate sévère associé au viol dans beaucoup de sociétés, en plus de l'effet d'isolement des symptômes de la fistule, peuvent empêcher les femmes de se rapprocher pour faire le traitement, particulièrement si elles ne sont pas conscientes de son existence. De plus, les femmes ayant besoin de soins médicaux peuvent habiter trop loin des services et de ce fait ne peuvent pas y accéder facilement même si de tels services sont disponibles. Les comptes des hôpitaux et des cliniques qui sont généralement utilisés pour évaluer l'ampleur, ne peuvent que saisir les données de femmes qu'ils sont en mesure d'aider ; les cliniques ne peuvent pas évaluer les cas des femmes qui ne sont jamais venues pour le traitement. Les femmes et les filles qui obtiennent de l'aide ne se sentent pas toujours à l'aise pour partager les informations relatives à la violence sexuelle avec les prestataires, et la cause profonde de la fistule peut devenir claire seulement à la suite d'un questionnement actif dirigé par le personnel médical. En outre, les cas qui sont classifiés comme fistule obstétricale peuvent en fait être dus à des complications à l'accouchement d'un enfant conçu lors d'une violence sexuelle. Un tel phénomène peut compliquer davantage toute statistique disponible.

Ce qui suit constitue des statistiques faites en République démocratique du Congo (RDC), au Libéria et au Soudan, là où elles sont rapidement et facilement utilisables. Ces chiffres ne représentent probablement qu'une petite portion de toutes les femmes et jeunes filles affectées par la fistule traumatique en situation de conflit et de post conflit à travers le monde.

République démocratique du Congo

Les estimations de la fistule traumatique, représentant le pourcentage de tous les cas de fistule, varient selon les lieux, la définition utilisée et la période.

- Longombe, Kasereka, et Ruminjo, faisant référence à un rapport de 4715 victimes de violence sexuelle qui ont été reçues à l'hôpital Heal Africa (auparavant désigné Doctors on Call for Service/Heal Africa Hospital) à Goma, entre Avril 2003 et juin 2006, notent que 17,5% souffraient de la fistule génitale. Sur toutes les patientes de la fistule, 63,4% ont eu la fistule traumatique, et 36,6% étaient dus à des causes obstétricales (Longombe, Kasereka, & Ruminjo, 2008).
- L'hôpital général de référence de Panzi définit la fistule traumatique comme étant toute fistule qui survient en tant que cause directe de viol et qui n'est en aucune façon liée à des causes obstétricales et iatrogènes. D'après un examen des dossiers d'hospitalisation couvrant la période de novembre 2005 à novembre 2007, les chercheurs rapportent que 4 % était causé par la violence sexuelle (Onsrud et al., 2006).
- L'hôpital Maternité Sans Risque fournit de l'assistance aux victimes de la violence sexuelle dans la province de Maniema au centre de la RDC depuis l'année 2000. Durant la période de mars 2002 jusqu'au mois de décembre 2007, le personnel médical de l'Hôpital basé à Kindu a traité 341 cas de fistule traumatique causée par la violence sexuelle. Tel que mentionné ailleurs, le pourcentage des cas de fistule causée par la violence sexuelle, par comparaison aux causes obstétricales et d'autres causes, change selon le niveau d'insécurité. En cet endroit précis, l'année 2003 est notée comme étant la pire année si l'on considère que 70 à 80 % de tous les cas de fistule pourraient être classifiés comme causés par la violence sexuelle.¹

Libéria

En 2006, le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) et des partenaires au Libéria ont mené une étude au niveau de 48 centres médicaux à travers quatre comtés (Lofa, Bong, Nimba et Montserrado), étude au cours de laquelle ils ont trouvé que sur 351 chirurgies de réparation de la fistule effectuées entre janvier 2004 et décembre 2005, 13% étaient des cas de fistule traumatique bien qu'il a été défini d'inclure à la fois la fistule causée par le viol et celle due à des facteurs iatrogènes (Mulbah, 2006; Mulbah, 2008).

Soudan

Le FNUAP estime qu'au début et au milieu de l'année 2000, il y avait 5000 nouveaux cas de fistule par an au Soudan, bien que l'on ne connaisse pas si bien le nombre de femmes pouvant souffrir de la fistule traumatique. Le fait de croire que 60% des cas de fistule surviennent à l'Ouest du Darfour qui est affecté par la guerre, constitue cependant une indication probable d'une charge importante de la fistule traumatique (FNUAP, 2007). Au début de l'année 2008, le bureau du Haut Commissaire des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR) a rapporté que deux-tiers des femmes soudanaises réfugiées recevant un traitement à Abéché Regional Hospital à l'Est du Tchad, avaient été violées par des soldats d'une milice de Janjaweed au Darfour (UNHCR, 2005).

¹ Informations fournies par Manga Okenga, l'hôpital Maternité Sans Risque, Kindu, RDC, lors d'une entrevue personnelle d'information qui a eu lieu le 21 juin 2008 à Kampala en Ouganda. Traitement et counseling de la fistule traumatique à l'hôpital de la Maternité Sans Risque.

Les types de fistule

Il existe plusieurs types de fistule répartis d'une manière générale entre la fistule urinaire et la fistule fécale. Bien que les classifications de la fistule restent un sujet à débattre au niveau international, dans les besoins du présent curriculum, les descriptions suivantes sont offertes.

- Une **fistule vésico-vaginale** (FVV) est une ouverture entre la vessie et le vagin. L'urine de la vessie se déverse dans le vagin, entraînant une incontinence totale ou continue.
- Une **fistule urètre-vaginale** est une ouverture entre l'urètre et le vagin. L'urine de la vessie se déverse dans l'urètre, puis dans le vagin, entraînant une incontinence totale ou continue.
- Une **fistule urétéro-vaginale** est une ouverture entre l'uretère distal et le vagin. L'urine de l'uretère contourne la vessie et se déverse dans le vagin. Il en résulte également une incontinence totale ou continue.
- Une **fistule vésico-utérine** est une complication rare de l'accouchement vaginal après une césarienne. C'est une ouverture entre l'utérus et la vessie. L'urine de la vessie se déverse dans l'utérus, puis dans le vagin, entraînant une incontinence totale ou continue.
- Une **fistule recto-vaginale** (FRV) est une ouverture entre le rectum et le vagin. Les selles se déversent dans le vagin, entraînant le passage de flatulence ou de selles dans le vagin, de fréquentes infections vaginales ou de la vessie, un écoulement vaginal nauséabond, ou carrément des selles sortant du vagin.

En général, la grande majorité des fistules sont du type FVV, et puis, le type le plus commun de la fistule est la FVV/FRV combinée. Une petite minoritaire de fistules sont de type FRV et d'autres types encore. Les données disponibles de la fistule traumatique se limitent spécifiquement à la République démocratique du Congo, telles que présentées ci-dessous :

- Selon un examen des dossiers cliniques de l'hôpital Heal Africa datant de 2003 à 2006, 87% de tous les cas de réparations de fistule étaient de type vésico-vaginal, 6% étaient des fistules recto-vaginales et vésico-vaginales combinées. Cela concerne aussi bien la fistule traumatique que la fistule obstétricale avec le pourcentage de chacune variant considérablement chaque année, c'est-à-dire de 75% pour la fistule traumatique et 25% pour la fistule obstétricale en 2004, à 20% pour le type traumatique, 68% pour le type obstétrical et 12% liés à la chirurgie en 2006 (Kalume & Ahuka, 2008).
- A l'hôpital Panzi, selon un examen des dossiers cliniques effectué dans la période de novembre 2005 à novembre 2007, l'on a découvert que sur cinq cas de fistule directement liés à la violence sexuelle, deux étaient de type vésico-vaginal, deux de type recto-vaginal et un de type urètre-vaginal. Pour les 13 cas supplémentaires qui n'étaient pas directement liés à la violence sexuelle, neuf étaient de type vésico-vaginal, trois de type urétero-vesico-vaginal et un de type vésico-utérin (Onsrud et al., 2008).

Les informations tirées des cliniques du Libéria et de la Somalie étant des zones affectées par les conflits, mettent en évidence les statistiques suivants sur les cas de fistule :

- Au centre médical de Galkayo au centre de la Somalie, une proportion unusual des cas de fistule (essentiellement obstétricale) était rapportée en tant que fistule recto-vaginale à cause du tissu cicatriciel dur autour de la vulve qui se développe à cause de l'infibulation. Durant l'accouchement, le périnée s'affaisse et mène à la fistule recto-vaginale (Giama, 2008).

- Au Libéria où l'on a estimé que la fistule traumatique représentait 13% de tous les cas de fistule dans une étude menée en 2007, un projet national de la fistule a été lancé en avril 2007. En juin 2008, 189 opérations de la fistule ont été effectuées parmi lesquelles la majorité (81%) était de type vésico-vaginal uniquement, 3% de type recto-vaginal et 2% de type recto-vaginal et vésico-vaginal combinés (Mulbah, 2008).

Références

Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP). 2007. UNFPA Frontlines: notes from the field. The Humanitarian Response Newsletter, tire de : <http://www.unfpa.org/emergencies>, May 30, 2008.

Giama, A. 2008. La prise en charge de la fistule obstétricale dans les zones de conflit. Présentation à la Santé de la reproduction de RAISE au cours de la Conférence d'urgence tenue le 20 juin 2008 à Kampala en Ouganda.

Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR). 2005. *UNHCR, UNFPA fund surgery for refugee and local women in Chad*. Tiré à partir de : <http://reliefweb.int/rw/rwb.nsf/db900sid/HMYT-6AKPQ3?OpenDocument&query=fistula>, June 2, 2008.

L'hôpital de traitement des fistules d'Addis Abeba, Projet ACQUIRE/EngenderHealth, Société éthiopienne des obstétriciens et gynécologues et Synergie des Femmes pour les Victimes des Violences Sexuelles. 2006. *Fistule gynécologique traumatique : une conséquence de la violence sexuelle dans des situations de conflit*. New York : Projet ACQUIRE/EngenderHealth.

Kalume, J., et Ahuka, A. 2008. La prise en charge des fistules génitales de la femme en RDC : contexte, ampleur, et perspectives. Présentation à la Santé de la reproduction de RAISE au cours de la Conférence d'urgence tenue le 20 juin 2008 à Kampala en Ouganda.

Longombe, A. O., Kasereka, M. C., et Ruminjo, J. 2008. Fistula and traumatic genital injury from sexual violence in a conflict setting in Eastern Congo: Case studies. *Reproductive Health Matters* 16(3) : 132–141.

Mulbah, J. 2006. *Situation analysis of obstetric fistulae in Liberia*. Monrovia, Libéria : Le Ministère de la santé et du bien-être social et le Fonds des Nations Unies pour la population.

Mulbah, J. 2008. La fistule : Un symptôme de vulnérabilité de la femme en situation de conflit et de post-conflit. Présentation à la Santé de la reproduction de RAISE au cours de la Conférence d'urgence tenue le 20 juin 2008 à Kampala en Ouganda.

Onsrud, M., Sjøveian, S., Lahiriri, R., et Mukwege, D. 2008. Sexual violence-related fistulas in the Democratic Republic of Congo. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 103(3) : 265–269.

Activité supplémentaire**Partie A, Activité supplémentaire 4 : « Victime » vs. « Rescapée »**

Il est important pour les participants en formation de comprendre *combien* il est essentiel d'aborder ou de décrire les femmes ayant la fistule traumatique. Par conséquent, inclus ci-dessous une activité supplémentaire visant à aider les participants à comprendre pourquoi il est préférable de se référer aux femmes ayant la fistule traumatique en tant que « rescapée » plutôt qu'en tant que « victimes »

Activité 4 : Travail en petit groupe (15 minutes)

1. Répartir les participants en deux groupes. Demander à chaque groupe d'inscrire sur un tableau-papier autant de mots possibles pour décrire une « victime » de la violence sexuelle.
2. Demander à un participant de chaque groupe de présenter leur liste au plus grand groupe.
3. Après la fin de la présentation de chaque petit groupe, demander au plus grand groupe de commenter ou de faire des contributions sur ce qui a été présenté.
4. Si nécessaire, compléter la liste à la fin de la présentation des résultats par tous les groupes.

CONSEIL POUR LA FORMATION

Il existe une différence d'utilisation du terme « rescapée » par opposition au terme « victime ». Le mot « victime » fait penser à quelqu'un qui est faible, malade, sans défense et incapable de fonctionner. Par contraste, l'on pense d'un « rescapé » comme étant quelqu'un qui est fort, confiant, sans peur et capable de surmonter les difficultés. Le terme « victime » hôte toute responsabilité, alors que « rescapé » rend plus fort. Il est important de se référer aux individus ayant subi une violence sexuelle en tant que rescapées et non en tant que victimes.

Adapté à partir de : Vann, 2004.

Retourner à la page 75 du curriculum de formation de la fistule obstétricale – Partie B : causes de la fistule obstétricale.

Document supplémentaire

Document supplémentaire 3-b

Causes de la fistule obstétricale

Parmi les nombreuses causes *directes* distinctes de la fistule gynécologique telles que celle causée par la dystocie (la fistule obstétricale), celle causée par les blessures chirurgicales accidentelles, et celle causée par la maladie, il existe aussi la fistule causée par la violence sexuelle extrême et la blessure directe de l'appareil génito-urinaire (fistule traumatique). Dans le cas de la fistule traumatique en particulier, il est important d'examiner également les causes *profondes* de celle-ci.

La fistule traumatique

La violence sexuelle n'est pas la cause la plus fréquente de la fistule. Cependant, la fistule traumatique fait partie de l'un des plus graves impacts de la violence sexuelle dans des situations de conflit. La fistule traumatique ne survient pas dans tous les cas de viol ; elle est plutôt particulièrement causée par une agression sexuelle violente, impliquant la pénétration du vagin, du rectum ou les deux. Généralement, la fistule traumatique survient dans le cas d'un viol par plusieurs agresseurs et/ou l'utilisation d'objets tranchants et/ou le fait d'ouvrir le feu dans le vagin. Les couteaux, les carabines de chasse, les pointes de bois, les branches ou le bois desséché, les clous de construction, les tuyaux et d'autres instruments tranchants sont utilisés (Manga Okenge, 2008). Dans le cas de la fistule traumatique, les blessures internes peuvent entraîner un trou entre le vagin et la vessie de la femme (*fistule vésico-vaginale* [FVV]), ou entre le vagin et le rectum (*fistule recto-vaginale* [FRV]), ou les deux.

Les causes sociales profondes de la fistule traumatique

La cause sociale profonde la plus importante de la fistule traumatique est la guerre et l'utilisation de la violence sexuelle en tant qu'arme de guerre. Au cours des dix dernières années, la concentration des efforts sur l'impact de la guerre sur les femmes et les jeunes filles a augmenté, et le viol en tant qu'arme de guerre a été documenté dans un certain nombre de conflits récents et courants allant de la République démocratique du Congo (RDC), le Rwanda et la Sierra Leone au Burma/Thaïlande, le Timor oriental et le Kosovo. Tout dernièrement, beaucoup d'attention a été portée sur le viol généralisé et systématique des femmes et des jeunes filles par les parties en guerre de la RDC, particulièrement dans les régions situées à l'Est et au centre, et les cas entraînant la fistule traumatique (se référer également au Document 2A pour plus d'amples informations).

Bien que l'on ait soutenu que la violence sexuelle a toujours fait partie du conflit, l'on a enregistré une amélioration systématique au cours des dernières années concernant les efforts des professionnels dans le domaine médical, légal et droits humains et dans d'autres domaines pour répondre aux besoins de prévention de la violence sexuelle en général et dans les situations de conflit en particulier. En juin 2008, les membres du Conseil de Sécurité des Nations Unies ont unanimement adopté la Résolution 1820 qui reconnaît que les femmes et les jeunes filles sont parfois ciblées pour la violence sexuelle comme tactique de guerre et demande l'arrêt définitif et immédiat des actes de violence sexuelle. Le Secrétaire général des Nations Unies est chargé de faire le rapport concernant la mise en œuvre de cette résolution. Bien que son

exécution représente un défi, son adoption constitue un effort global important et stratégique pour résoudre le problème de la violence sexuelle, et de tels efforts devraient avoir un impact sur les causes profondes de la fistule traumatique.

Plusieurs acteurs au niveau des services gouvernementaux, des organisations non gouvernementales et des mouvements de la société civile cherchent activement à résoudre le problème de la violence sexuelle. Ceux qui sont dans le milieu médical jouent un rôle important dans ces efforts. A la fin du présent document, vous trouverez une liste des références et ressources supplémentaires fournissant plus de renseignements sur les efforts courants de résolution des causes directes et profondes de la fistule traumatique et de la violence sexuelle. La Session 9 (Soutien de la cliente de la fistule traumatique) décrit de façon plus détaillée la manière dont les efforts communautaires contribuent à la résolution des questions de violence sexuelle et de la fistule traumatique.

Questions sociales sous-jacentes augmentant le fardeau la fistule traumatique

Tandis que la violence sexuelle constitue la principale cause directe de la fistule traumatique, d'autres questions sociales sous-jacentes peuvent rendre difficile l'accès des femmes et des jeunes filles aux soins dont elles ont besoin. Sur 24 cas de fistule directement ou indirectement liés à la violence sexuelle à l'hôpital de Panzi (Bukavu, République démocratique du Congo), un tiers des femmes ont accès au traitement une année ou plus après le développement de la fistule (Onsrud et al., 2008). Il existe plusieurs raisons concernant le retard dans le traitement, tel que décrit ci-dessous. De tels retards contribuent à la charge globale de la fistule traumatique développée par les individus, les familles et les communautés en situations de conflit.

1. **Manque de services au niveau local** : Les services de soins de santé disponibles pour la population dans les villages les plus reculés affectés par les conflits sont minimales dans les meilleures circonstances. En période de conflit, les systèmes de soins de santé à tous les niveaux sont souvent ciblés pour être détruits. Les cliniques sanitaires au niveau local sont fréquemment pillées, et le personnel peut être forcé de quitter leur poste à cause de leurs réelles préoccupations de leur propre sécurité. La chirurgie de réparation de la fistule est souvent effectuée dans des cliniques spécialisées situées au centre où des spécialistes, des équipements cliniques nécessaires et des fournitures cliniques sont disponibles. Dans la plupart des cas, les femmes et les jeunes filles souffrant de la fistule traumatiques ne peuvent pas avoir accès à l'assistance dont elles ont besoin localement.
2. **Manque d'informations** : Dans certaines situations, les femmes et les jeunes filles souffrant de la fistule traumatique peuvent ne pas être conscientes de l'existence d'une procédure de réparation de la fistule. Même si elles ont l'espoir de guérir en se faisant opérer, elles ne peuvent pas être conscientes de la disponibilité des services dans leur secteur général. La plupart des hôpitaux et cliniques offrant des services de réparations de la fistule ont établi des services d'extension pour faire savoir aux populations qu'il existe de l'aide et qu'ils soutiennent les femmes et les jeunes filles souffrant de la fistule pour qu'elles puissent y accéder à travers des unités chirurgicales mobiles et/ou être soutenues pour le transfert et le transport.
3. **Le stigmatisation** : Les femmes et les jeunes filles ayant la fistule traumatique souffrent de la double charge du stigmatisation due à la condition médicale de la fistule (pouvant mener à l'isolement par d'autres personnes et/ou l'isolement personnel) et le stigmatisation causé par le viol. Les victimes de la violence sexuelle sont blâmées elles-mêmes pour être violées et peuvent avoir de grands sentiments de culpabilité et de honte les empêchant de chercher de l'aide.

4. **L'insécurité** : Même si les clientes de la fistule traumatique sont conscientes de la possibilité d'une chirurgie de réparation, connaissent le lieu où elle peut se faire, et sont capable de surmonter leur stigmatisme associé à leur condition, la plupart d'entre elles feront face à de réels difficultés à l'accès à de tels services à cause de l'insécurité. Elles peuvent habiter dans des communautés isolées des autres habitations à cause des conflits qui se poursuivent et peuvent être incapable de voyager vers les sites de réparation de la fistule sans pour autant risquer leurs vies et leur bien-être.

Références

Manga Okenge, P. 2008. Les fistules traumatiques non accidentelles et non chirurgicales dues à la violence sexuelle en RD Congo. Présentation à la Santé de la reproduction de RAISE au cours de la Conférence d'urgence tenue le 20 juin 2008 à Kampala en Ouganda.

Onsrud, M., Sjøveian, S., Luhiriri, R., et Mukwege D. 2008. Sexual violence-related fistulas in the Democratic Republic of Congo. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 103(3) : 265–269.

Références supplémentaires et ressources internet sur la fistule traumatique et la violence sexuelle en situation de conflit

Ce qui suit constitue une liste partielle. Pour obtenir une bibliographie plus complète, veuillez vous référer à : EngenderHealth. 2009. *La fistule gynécologique traumatique en tant que conséquence de la violence sexuelle en situations de conflit : Enquête bibliographique mise à jour*. New York.

Achwal, I., Ruminjo, J., et Ngongo, C. 2008. Traumatic gynecologic fistula in reproductive health emergencies. Présentation à la Santé de la reproduction de RAISE au cours de la Conférence d'urgence tenue le 20 juin 2008 à Kampala en Ouganda.

Giama, A. 2008. Obstetric fistula management in conflict zones. Présentation à la Santé de la reproduction de RAISE au cours de la Conférence d'urgence tenue le 20 juin 2008 à Kampala en Ouganda.

Kalume, J., et Longombe, A. O. 2008 La prise en charge des fistules génitales de la femme en RDC : contexte, ampleur, et perspectives. Présentation à la Santé de la reproduction de RAISE au cours de la Conférence d'urgence tenue le 20 juin 2008 à Kampala en Ouganda.

Longombe, A. O., Kasereka, M. C., et Ruminjo, J. 2008. Fistula and traumatic genital injury from sexual violence in a conflict setting in Eastern Congo: Case studies. *Reproductive Health Matters* 16(3) : 132–141.

Manga Okenga, P. 2008. Les fistules traumatiques non accidentelles et non chirurgicales dues à la violence sexuelle en RD Congo. Présentation à la Santé de la reproduction de RAISE au cours de la Conférence d'urgence tenue le 20 juin 2008 à Kampala en Ouganda.

Mulbah, J. 2006. *Situation analysis of obstetric fistulae in Liberia*. Monrovia, Libéria : Le Ministère de la santé et du bien-être social et le Fonds des Nations Unies pour la population.

Mulbah, J. 2008. Fistula: A symptom of women's vulnerability in conflict and post-conflict setting. Présentation à la Santé de la reproduction de RAISE au cours de la Conférence d'urgence tenue le 20 juin 2008 à Kampala en Ouganda.

Onsrud, M., Sjøveian, S., Luhiriri, R., et Mukwege, D. 2008. Sexual violence-related fistulas in the Democratic Republic of Congo. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 103(3) : 265–269.

Peterman, A., et Johnson, K. 2009. Incontinence and trauma: Sexual violence, female genital cutting and proxy measures of gynecological fistula. *Social Science and Medicine* 68(5) : 971–979.

Pinel, A., et Kemunto Bosire, L. 2007. Traumatic fistula: The case for reparations. *Forced Migration Review* (27) : 18–19.

Des sites web sur internet et des ressources supplémentaires en rapport avec la violence sexuelle en période de guerre et/ou la fistule

Campaign to End Fistula (Campagne de lutte contre la fistule)—

www.endfistula.org

Fistula Care Project (Le projet Fistula Care)—

www.fistulacare.org

Fistula Network (Réseau de la fistule)—

www.fistulanetwork.org/FistulaNetwork/

Gender-Based Violence Network (Réseau de la violence sexospécifique)—

www.gbvnetwork.org/

GBV Working Group, UNFPA and UNICEF (Groupe de travail de GBV, FNUAP et UNICEF)—

www.humanitarianreform.org/Default.aspx?tabid=429

L'hôpital Heal Africa—www.healafrika.org/cms/

InterAgency Standing Committee (Comité permanent d'InterAgency)—

www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloder.aspx?page=content-subsidi-tf_gender-gbv

Joint Consortium on Gender Based Violence (Consortium conjoint sur la violence sexospécifique)—

www.gbv.ie/

Panzi General Referral Hospital (Hôpital général de référence de Panzi)—

www.panzihospitalbukavu.org/

UNIFEM Say NO to Violence Against Women Campaign (Campagne de lutte contre la violence faite aux femmes de l'UNIFEM)—

www.unifem.org/campaigns/vaw/

UN Action Against Sexual Violence in Conflict: Stop Rape Now (Action des Nations Unies contre la violence sexuelle dans les conflits : halte au viol)—www.stoprapenow.org/

VDAY, Stop Rape Now, UNICEF: Stop Raping Our Greatest Resource. Power to Women and Girls of Democratic Republic of Congo (VDAY, Halte au viol, UNICEF : Cessez de violer nos plus grandes ressources. Pouvoir aux femmes et aux jeunes filles de la République démocratique du Congo)—

www.stoprapeindrc.org/index_40.html

Document supplémentaire

Document supplémentaire 3-c

Conséquences sanitaires et sociales de la fistule traumatique

La fistule traumatique peut être dévastatrice. Les femmes et les jeunes filles touchées souffrent non seulement du trauma d'être brutalement violées, mais aussi les conséquences physiques durables de la fistule – notamment les fuites constantes d'urine, de matières fécales ou les deux, et l'odeur qui en résulte – les empêchent de vivre une vie normale. Ces conséquences médicales, couplées avec les problèmes social et économique, contribuent souvent à une baisse généralisée de la qualité de la santé et de son bien-être pouvant entraîner une mort précoce. Certaines femmes ayant la fistule vont jusqu'à se suicider.

Le large éventail de conséquences négatives médicales et sociales ont un grave impact sur les soins offerts : « le fait d'être conscient du fait que l'on doit traiter la 'personne entière' souffrant de la fistule – et non sa vessie ou son rectum endommagé – constitue le seul concept le plus important en matière de soins de la fistule » (Wall, 1998).

Les conséquences médicales de la fistule traumatique

- Certaines femmes sont déshydratées à cause de la petite quantité d'eau qu'elles boivent pour éviter les fuites d'urine.
- Les femmes peuvent développer de fréquentes ulcérations et infections pouvant mener à la néphropathie.
- La plupart des femmes souffrant de la fistule sont marginalisées et peuvent ne pas avoir une alimentation adéquate et seront obligées de mendier pour obtenir de quoi manger.
- L'appareil génital peut être cicatrisé et pouvant mener à la dyspareunie (des douleurs au cours des rapports sexuels).

Autres conséquences médicales de la violence sexuelle

- Les femmes et les jeunes filles en âge de procréer et qui ont été violées peuvent tomber enceinte, ce qui constitue une préoccupation commune des victimes de la violence sexuelle. Si la cliente se rend à l'hôpital pour faire un traitement dans les cinq jours suivant le viol, il est possible d'empêcher la grossesse à travers une contraception d'urgence. Cependant, dans la plupart des cas, les clientes peuvent attendre trop longtemps pour aller à un établissement de santé pour recevoir des soins, et de ce fait, celles qui sont tombées enceinte suite au viol feront face à une situation de grossesse indésirable, en plus du stigmate de porter un enfant né d'un viol. Il y a également le risque que l'enfant soit rejeté par la mère et/ou la famille de la cliente.
- La grossesse causée par le viol peut également entraîner le développement d'une fistule. De cette façon, certains cas de fistule obstétricale peuvent en fait être causés de manière indirecte par la violence sexuelle. Bien que cela ne soit pas théoriquement une fistule traumatique, il peut s'agir d'un résultat éventuel de la violence sexuelle.

- Les victimes de la violence sexuelle appartenant à toutes les tranches d'âge courent un risque de transmission d'infections sexuellement transmissibles (IST) et du VIH. Ce phénomène constitue une autre préoccupation que possèdent les clientes de la fistule traumatique. Bien que le risque de transmission avec toute exposition sexuelle particulière soit réduit, une telle situation constitue une préoccupation spéciale dans des zones où la prévalence des IST et du VIH est élevée (OMS et UNHCR, 2004). La transmission éventuelle des IST et du VIH constitue une préoccupation non seulement pour la victime de la violence sexuelle, mais aussi pour son partenaire, et cela peut être un facteur contributif de l'abandon.
- Les femmes et les jeunes filles qui ont été sexuellement agressées peuvent souffrir d'un large éventail d'autres blessures physiques, y compris aussi bien les plaies superficielles pouvant causer une gêne notable durant les soins (telles que les contusions, les marques de morsure, les éraflures et d'autres blessures simples) que/ou d'autres blessures physiques pouvant nécessiter des soins immédiats et spéciaux (tels que les coupures profondes et les déchirures, les fractures, les plaies internes, etc.).

Conséquence sociales de la fistule traumatique

- **Les stigmates causés par le viol** : Dans beaucoup de sociétés, les victimes de la violence sexuelle sont blâmées par les autres personnes pour le viol et/ou elles peuvent elles-mêmes se sentir responsables de la situation. Les femmes et les jeunes filles qui ont été violées peuvent être considérées comme sales et /ou traumatisées et peuvent perdre leur dignité et leur identité en tant que femme. La plupart des victimes de la violence sexuelle éprouve une grande honte, ce qui explique leur retard fréquent à la recherche de soins.
- **L'isolement social causé par la fistule** :
 - Les femmes souffrant de la fistule peuvent être perçues comme sales, et par conséquent, elles sont souvent exclues, ou peuvent souvent refuser de participer aux activités communautaires, telles que les cérémonies religieuses ou les observances publiques.
 - Les adolescentes et les filles vivant avec la fistule peuvent avoir des chances réduites pour l'accès à l'éducation, au travail, au mariage et à la participation communautaire (Mungherera, 2009).
 - L'incontinence et les stigmates en rapport avec le viol mènent souvent à la rupture du mariage et au divorce en fin de compte.
 - Dans certains cas, les femmes souffrant de la fistule ne sont ni autorisées à vivre dans la même maison que celle de leurs familles ou de leurs maris, ni permises de toucher les aliments, de cuisiner ou de prier.
 - Les femmes hospitalisées pour subir une réparation de la fistule pourraient ne pas recevoir autant de soins ou de soutien de la part de leurs maris que les femmes recevant des traitements pour d'autres situations ou maladies, et le degré de soutien pratique fourni par les membres de la famille diminue au fil du temps.
 - Certaines clientes de la fistule traumatique sont également enceintes suite au viol en situation de conflit. Les stigmates de la grossesse causée par le viol peuvent être une autre cause de l'isolement social (Kalume & Longombe, 2008).
 - Dans certains cas, les femmes souffrant de la fistule éprouvent de la honte envers leurs familles et pensent qu'elles méritent d'être des parias. Ces femmes font face à des problèmes psychologiques d'auto-étiquetage et d'estime de soi.

- Devant le rejet familial et social et dans l'impossibilité de gagner leur vie par leurs propres moyens, beaucoup de femmes ayant la fistule vivent pendant des années sans aucun soutien financier. La plupart d'entre elles deviennent extrêmement pauvres en fin de compte.
- Certaines femmes ne peuvent pas supporter la douleur et la souffrance et finissent par recourir au suicide.

Références

Kalume, J., et Longombe, A. O. 2008. La prise en charge des fistules génitales de la femme en RDC. Présentation à la Santé de la reproduction de RAISE au cours de la Conférence d'urgence tenue le 20 juin 2008 à Kampala en Ouganda.

Mungherera, M. 2009. Psychosocial aspects of traumatic fistula care. Présentation à la « Traumatic Fistula Counseling Workshop ». Kampala, Ouganda, le 17–18 mars 2009.

Organisation mondiale de la Santé (OMS) et Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR). 2004. *Clinical management of rape survivors: Developing protocols for use with refugees and internally displaced persons, revised edition*. Genève.

Wall, L. L. 1998. Dead mothers and injured wives: The social context of maternal morbidity and mortality among the Hausa of northern Nigeria. *Studies in Family Planning* 29(4) : 341–359.

Ressource supplémentaire

Partie C, Activité 2 complémentaire : Conséquences de la fistule traumatique

La Session 3 du document intitulé *Counseling de la cliente souffrant de la fistule obstétricale* conclut avec une activité visant à informer les participants sur la manière dont les causes aussi bien directes qu'indirectes pourraient être prévenues. Cependant, avant d'aborder la question de la prévention, une formation concentrée sur la fistule obstétricale et la fistule traumatique devra se faire sur la sensibilisation des participants par rapport à l'impact psychosocial de la fistule traumatique aux niveaux individuel, familial et communautaire.

Activité 2 : Présentation/Discussion (5 minutes)

1. Faire un bref résumé des conséquences de la fistule traumatique aux niveaux individuel, familial et communautaire en se basant sur le Document supplémentaire 3-d (voir la page suivante).
2. Demander à un ou deux participants de décrire les conséquences potentielles de la fistule traumatique à chaque niveau (individuel, familial et communautaire).
3. Présenter le contenu de l'impact psychosocial de la fistule traumatique à chacun des trois niveaux en utilisant le Document supplémentaire 3-d.
4. Distribuer le Document supplémentaire 3-d aux participants.

Retourner à la 76 du curriculum de formation de la fistule obstétricale – Partie D : Raisons pour lesquelles les femmes ne recherchent pas des soins.

Document supplémentaire

Document supplémentaire 3-d

Conséquences de la fistule traumatique aux niveaux individuel, familial et communautaire

La fistule traumatique et la violence sexuelle qui en est la cause ont un grave impact, d'abord et avant tout, sur les individus affectés, mais aussi sur la famille des victimes et sur la communauté en général. Les prestataires de soins de santé travaillant avec les femmes souffrant de la fistule traumatique interagissent avec tous les trois niveaux. Ce qui suit constitue quelques conséquences de la fistule traumatique aux niveaux individuel, familiale et communautaire :

Au niveau individuel

- Les impacts physiques, notamment ceux directement liés à la fistule traumatique (par ex., l'incontinence), ainsi que d'autres blessures éventuelles l'invalidité/l'incapacité de travailler, une grossesse indésirable éventuelle, une infection sexuellement transmissible, y compris le VIH
- L'impact psychosocial, y compris les sentiments de honte, de culpabilité, de peine, d'anxiété et la dépression
- L'isolement social
- L'abandon de l'époux/du partenaire, ou autres problèmes avec l'époux/le partenaire
- La vulnérabilité économique
- Les préoccupations continuent sur la sécurité physique

Au niveau familial

- Le trauma des membres de la famille qui ont dû être forcés à regarder le déroulement du viol de l'individu ou qui ont été autrement directement ou indirectement affectés par la violence
- Le sentiment d'impuissance du mari et/ou des autres membres de la famille du fait de ne pas pouvoir empêcher le viol
- Les risques sanitaires par rapport aux enfants si toutefois l'individu est incapable ou non autorisé à prendre soins d'eux directement
- Le stress des autres membres de la famille qui prennent soin de l'individu et/ou de ses enfants

Au niveau communautaire

- Le sentiment de culpabilité et d'impuissance de la communauté par rapport à son incapacité de protéger les femmes et les jeunes filles vivant en son sein et leur préoccupation continue concernant la sécurité
- La pression au niveau des services de santé locaux qui sont parfois incapable de répondre adéquatement aux besoins sanitaires, ainsi que les autres services communautaires (les systèmes légaux, la protection, le bien-être social)

- Le second traumatisme de certaines personnes dans la communauté qui soutiennent les victimes de la violence sexuelle (par ex., les prestataires de soins de santé au niveau local, les travailleurs sociaux, etc.)

Adapté de : CARE. 2002. Moving from emergency response to comprehensive reproductive health programs: A modular training series. Atlanta.

Document supplémentaire

Partie D, points supplémentaires de discussion

La Partie D de la Session 3 examine les raisons pour lesquelles les femmes atteintes de fistule ne recherchent pas de soins. En ce qui concerne la fistule traumatique, la plupart de ces raisons sont les mêmes que celles en rapport avec la fistule obstétricale – elles peuvent ignorer la possibilité de guérison, ne pas avoir accès aux structures de santé, ne pas croire aux soins de santé modernes ou faire confiance aux services de soins de santé, penser que les structures sanitaires au niveau local peuvent ne pas vouloir traiter les clientes de la fistule, ou peut-être qu'il n'y a pas de prestataires qualifiés. En outre, le fait de vivre avec la fistule présentent de grands défis au point de vue physique et psychologique pour les femmes et les jeunes filles ayant la maladie, et il existe des raisons liées aussi bien à la réparation de la fistule qu'à la violence sexuelle pour lesquelles elles ne recherchent pas de soins.

Les points suivants mettent en évidence les différentes façons dont les situations exceptionnelles relatives à la fistule traumatique peuvent empêcher les clientes qui ont besoins d'aide d'en recevoir (Kalyango, 2009).

- Elles peuvent craindre les stigmates liés au fait d'être une victime de la violence, particulièrement le viol
- Il se peut qu'elles aient entendu parler d'une histoire qui s'est mal terminée à cause de la divulgation de la violence sexuelle à la communauté
- Elles peuvent redouter d'être châtié par l'agresseur, spécialement si le l'auteur de la violence sexuelle n'est pas étranger à la victime.

Il est également important de souligner que le manque d'accès des femmes aux structures sanitaires à cause de la distance, de la durée et du coût peut également constituer un facteur lié au risque de violence sexuelle. Les femmes et les jeunes filles souffrant de la fistule traumatiques habitent généralement dans les zones de conflit. La plupart du temps, l'absence de sécurité qui cause le problème constitue également un obstacle concernant la possibilité d'accéder aux services (Mugerwa, 2009).

Un autre point que les formateurs devraient essayer de discuter est le suivant : à cause des opportunités limitées des travailleurs de la santé par rapport à la formation sur les besoins spéciaux des victimes de la violence sexuelle, ils peuvent avoir des difficultés à montrer de l'empathie aux clientes de la fistule traumatique.

Retourner à la page 77 du curriculum de formation de la fistule obstétricale – Partie E : Prévention de la fistule obstétricale.

Session 4

Comprendre le point de vue de la cliente

Dans la Session 4 du document intitulé *Counseling de la cliente souffrant de la fistule obstétricale*, les participants à l'atelier sont encouragés à discuter des caractéristiques de la femme fistuleuse et des situations ou conditions qui poussent les clientes à rechercher le traitement d'une fistule obstétricale, à élaborer des études de cas qui doivent être utilisées dans les jeux de rôle à faire, à décrire comment travailler avec les clientes de la fistule de manière sensible et respectueuse, et à explorer comment les attitudes culturelles sur le genre peuvent affecter le traitement reçu par les clientes.

Le premier problème à faire face pour faire de sorte que le présent curriculum inclue la fistule traumatique est d'essayer d'aider les prestataires de soins à apprécier les questions relatives au stress psychosocial additionnel et au traumatisme qui affecte les femmes exposées à la violence sexuelle, et de comprendre le rôle qu'ils peuvent jouer en aidant les clientes à se prendre pour des *rescapées*. Dans beaucoup de milieux et de culture, les femmes et les jeunes filles ayant subi une violence sexuelle éprouve un grand sentiment de honte et de culpabilité à cause des grands stigmates entourant le viol. En outre, elles peuvent être rejetées par leurs familles et leur communauté à cause de leur maladie. Les clientes peuvent se sentir isolées, inquiètes pour leur avenir, et ont peur d'être violées à nouveau une fois retournées dans leurs communautés au cas où le conflit se poursuit.

Pour intégrer les informations sur la fistule traumatique dans la présente session, il faudra se référer aux éléments suivants contenus dans le présent supplément (tel que indiqué dans les instructions des cases rose du curriculum de formation de la fistule obstétricale) :

- Vue d'ensemble de la Session 4 équivalente : Objectifs de la Session, Points à retenir, Méthodes de formation, Matériels et Préparation préalable (pages 62 à 67)
- Ressource supplémentaire : Supplément 4A, Partie A : Vue d'ensemble sur la Santé mentale, les facteurs de stress et les facteurs de protection (pages 68 à 70)
- Document supplémentaire 4-a : Vue d'ensemble sur la santé mentale, les facteurs de stress et les facteurs de protection (pages 71 à 73)
- Ressource supplémentaire : Supplément 4B, Partie B : La réponse psychosociale aux questions de la violence sexuelle et de la fistule traumatique (pages 74 et 75)
- Document supplémentaire 4-b : La réponse psychosociale aux questions de la violence sexuelle et de la fistule traumatique (pages 76 à 78)
- Ressource supplémentaire : Considérations supplémentaires de formation sur l'élaboration des études de cas (pages 79 et 80)
- Ressource supplémentaire : Informations supplémentaires sur la confidentialité, l'intimité et la dignité (page 81)

Vue d'ensemble sur la Session 4 équivalente

Vue d'ensemble sur la Session 4

Objectifs de la session

A la fin de cette session, les participants devront être en mesure de faire ce qui suit :

- Définir les symptômes de stress psychosocial en rapport avec la violence sexuelle et la fistule
- Identifier les raisons pour lesquelles les femmes ne recherchent pas de soins de la fistule et/ou d'autres questions sanitaires relatives à la violence sexuelle
- Décrire comment les rescapées de la violence sexuelle peuvent se sentir traumatisées à nouveau au cours d'un examen médical
- Faire une liste des caractéristiques démographiques et sociales communes des femmes atteintes de fistule et les différentes situations ou conditions qui conduisent les clientes à nécessiter une réparation de la fistule
- Elaborer des études de cas pour trois ou quatre clientes présentant ces caractéristiques démographiques et sociales, les conditions affectives et physiques (Les études de cas seront utilisées pour des jeux de rôle durant le reste de l'atelier.)
- Expliquer les différentes manières de comprendre le point de vue d'une cliente.
- Comprendre comment les informations fournies au cours des consultations médicales (et le choix que les clientes peuvent faire face) peuvent submerger les femmes, et trouver des moyens de faire un counseling adéquat aux clientes sur les questions médicales
- Décrire comment travailler de manière sensible et respectueuse avec les clientes de fistule.
- Expliquer comment les attitudes culturelles sur le genre peuvent avoir un impact sur le traitement des clientes dans les cadres de prestation de services, les soins préventifs auxquels elles peuvent accéder, et leurs perceptions sur les prestataires.
- Apprécier l'importance de soutenir la résistance des clients et de les aider de se considérer comme des rescapées

POINTS À RETENIR

- ✓ Le fait d'assurer l'intimité et la confidentialité peut aider une cliente à maintenir sa dignité.
- ✓ La sensibilisation sur le genre est un élément important en matière de fourniture de services à la cliente de la fistule obstétricale. Les rôles et les attentes par rapport au genre sont souvent identifiés comme des facteurs entravant les droits et le statut des femmes, avec des conséquences négatives pouvant affecter la vie familiale, l'éducation, le statut socioéconomique et la santé.
- ✓ Le counseling axé sur la cliente et la facilitation des choix éclairés concernant les soins de santé de la reproduction, notamment le moment et la manière de reprendre sa vie sexuelle active, dépendent de la sensibilisation des prestataires sur les questions liées à la sexualité.

(suite)

POINTS À RETENIR (SUITE)

- √ La capacité des femmes à améliorer leur santé reproductive et à réaliser leurs intentions en matière de procréation est profondément affectée par leur niveau de connaissances et de contrôle de leur sexualité et de leurs relations consensuelles
- √ Il existe plusieurs raisons pour lesquelles les clientes tardent à rechercher des soins de la fistule traumatique : le manque d'information sur la disponibilité des services ; le manque de transport fiable pour aller vers une source de service ; l'absence de sécurité physique des femmes ; et le manque de confiance des femmes par rapport à la disponibilité des services de santé.
- √ Les femmes et les jeunes filles atteintes de la fistule traumatique sont sujettes au stress psychosocial combiné et de la fistule et de la violence sexuelle. Tous les deux facteurs peuvent conduire les femmes à être isolée par les autres et/ou à s'isoler elles-mêmes par leurs propres actions.
- √ Les clientes peuvent rencontrer une variété de difficultés découlant de l'impact psychosocial de la violence sexuelle dont :
 - Les réponses affectives (par ex., l'anxiété, l'isolement social, le changement soudain d'humeur, l'irritabilité, le chagrin, la dépression, le sentiment d'être accablé, ou les sentiments de peur, de culpabilité et de honte)
 - Les réponses cognitives (par ex., le fait de revivre l'expérience, les cauchemars, l'excès de vigilance, l'incapacité de résoudre les problèmes insignifiants, le manque d'orientation, ou les problèmes de mémoire, de concentration et d'attention)
 - Les réponses physiques (par ex., les signes d'horreur, les vertiges, les maux de tête, les difficultés de respiration, le tremblement des muscles, l'hyperexcitation, la fatigue, les vomissements/nausées et l'insomnie)
 - Les réactions comportementales (par ex., le comportement de retrait, très grand effet de surprise, très grand /absence d'appétit, passage à l'acte, le fait de marcher à pas mesurés, l'abus de substances et des actions meurtrières ou suicidaires)
(Adapté de : FHI, RHRC Consortium, et IRC, pas de date)
- √ Les femmes et les jeunes filles recherchant des services de réparation de la fistule traumatique ne peuvent pas aisément discuter de la violence sexuelle par crainte d'un ou de plusieurs des éléments suivants :
 - La crainte d'être à nouveau isolée des réseaux familial et associative, même si le problème physique de la fistule est résolu
 - La crainte de la stigmatisation de la part du personnel des soins de santé et/ les préoccupations concernant la confidentialité
 - La peur de l'examen physique
 - La peur des répercussions sécuritaires personnelles
(Adapté de : Pickup, Williams, et Sweetman, 2001)

(suite)

POINTS À RETENIR (SUITE)

- √ Les clientes peuvent être submergées par l'éventail de conséquences médicales (l'incontinence, la possibilité d'une infection du VIH ou d'autres infections sexuellement transmissibles, la possibilité d'une grossesse indésirable, l'éventualité de problèmes de procréation ultérieure).
- √ Les clientes peuvent avoir des doutes et des craintes à propos de la chirurgie de réparation de la fistule, notamment la crainte d'être encore détruite durant le processus, ce qui peut se manifester à travers l'hostilité.
- √ Les différentes clientes peuvent avoir de différentes perspectives ou besoins dépendant de leurs situations, et en considérant la meilleure approche pour le counseling, les prestataires devraient prendre en compte ce qui suit :
 - Les caractéristiques démographiques et sociales, y compris l'ethnicité, la situation matrimoniale, la parité, le statut de travail et l'accès aux ressources et au soutien
 - Les situations (condition récente vs. condition à long terme ; mort né versus naissance vivante, au cas où cela résulte d'une grossesse)
 - La phase de traitement
 - Le niveau de soutien disponible (i.e., si la jeune fille est accompagnée ou non de sa mère ou si elle est orpheline ; au cas où elle est mariée, si elle est soutenue ou rejetée par son mari ; si oui ou non elle est rejetée par les autres membres de la famille)
- √ Le point de vue des clientes de la fistule traumatique peut différer selon l'âge. Les femmes de plus jeune âge peuvent être plus préoccupées des futures conséquences de leur maladie, particulièrement leur possibilité de se marier, d'avoir des enfants et de travailler ; tandis que les femmes qui ont un âge plus avancé peuvent être plus intéressées par l'impact de l'incident de la violence sexuelle sur leur rôle dans la communauté et sur les questions liées à leurs réinsertion. Les conseillers devraient être sensibles aux besoins des clientes individuelles et reconnaître que les différentes femmes peuvent avoir des points de vue différents dépendant de leur situation.
- √ Les besoins psychologique peuvent se présenter quelques temps après l'incident traumatique. Même si les clientes n'expriment pas un besoin d'assistance psychologique au moment des soins, le personnel devra reconnaître que les blessures causées par la santé mentale peuvent prendre plus de temps pour guérir que les blessures physiques, et ils doivent les orienter et leur fournir les informations nécessaires sur les services au niveau des cliniques ou à travers les organisations qui sont des partenaires. (*adapté de* : OMS, 2005).

Méthodes de formation

- Remue-méninges
- Travail en grand groupe
- Démonstration
- Travail en petit groupe

- Discussion
- Jeu de rôle de démonstration
- Présentation

Matériels

- Tableau-papier, chevalet, marqueurs et ruban adhésif
- Tout matériel (canapé, couverture, rideau, ou drap) qui pourraient être utilisés pour représenter un milieu clinique
- Document supplémentaire 4-a du participant : Vue d'ensemble sur la santé mentale, les facteurs de stress et de protection
- Document supplémentaire 4-b du participant : La réponse psychosociale à la violence sexuelle et à la fistule traumatique
- Document 4-A du participant : Garantir la confidentialité, l'intimité et la dignité de la cliente
- Document 4-B du participant : Le genre
- Document 4-C du participant : La sexualité
- DVD—*Soins cliniques offerts aux victimes d'agression sexuelle : Un outil de formation multimédia*

Préparation préalable

1. Préparer un tableau de conférence listant les objectifs de la session.
2. Si vous envisagez d'utiliser l'Option 2 dans la Partie A de la présente session, choisir trois ou quatre études de cas de l'Annexe E: Exemples d'études de cas afin de refléter un large éventail de caractéristiques et situations de clientes de la fistule, et préparer des documents à distribuer sur les études de cas à tous les participants.
3. Passer en revue tous les documents et faire une copie pour chaque participant.
4. Rassembler le matériel utilisé pour représenter un cadre de prestation de services.
5. Préparer deux tableaux de conférence, l'un intitulé «Caractéristiques démographiques et sociales» et l'autre «Situations sociales et conditions affectives et physiques.»
6. Préparer le tableau de conférence en page 66 (pour la Partie B, Activité 2) :

Situations qui pourraient menacer la confidentialité, l'intimité, et la dignité d'une cliente

- Laisser une cliente couchée dans un endroit achalandé et découvert.
- Placer une cliente avec les pieds tournés vers un espace ouvert et visible, et avec ses parties génitales exposées.
- Ne pas utiliser d'écrans ou rideaux autour d'une cliente.
- Ne pas suffisamment couvrir une cliente
- Discuter ouvertement du cas d'une cliente avec n'importe quel passant.
- Permettre aux gens de faire des va-et-vient dans la zone où se fait l'examen et le counseling de la cliente.
- Bavarder avec d'autres membres du personnel pendant le traitement et/ou counseling d'une cliente.
- Essayer de discuter des informations sur la sortie ou dispenser un counseling dans un environnement animé, non privé.

7. Préparer un tableau de conférence pour chaque cliente d'étude de cas (soit ceux qui seront développés par les participants au cours de la Partie A, ou ceux choisis dans les études de cas de cliente dans l'Annexe E). Chaque tableau devra avoir comme titre : « Prise en charge des sentiments de la cliente », et présenter trois colonnes : « Sentiments de la cliente », « Pourquoi » et « Réaction du prestataire » (voir l'exemple ci-dessous, et aussi la Ressource 4-A du formateur pour un exemple de tableau de conférence remplie).

Prise en charge des sentiments de la cliente

Prénom et nom de la cliente : _____

Sentiments de la cliente	Pourquoi ?	Réaction du prestataire

Durée (totale) de la session : Option 1: 4 heures, 35 minutes; Option 2: 3 heures, 30 minutes

Allez à la page 100 du curriculum de formation de la fistule obstétricale – Session 4 Etapes de la formation.

Ressource supplémentaire

Supplément 4A

NOTE AUX FORMATEURS

Le supplément 4A est élaboré pour aider les participants à comprendre les points de vue des clientes ayant souffert de la violence sexuelle et de la fistule traumatique.

Partie A : Vue d'ensemble sur la santé mentale, les facteurs de stress et les facteurs de protection

Durée : 20 minutes

Activité 1 : Discussion (20 minutes)

1. Demander aux participants de prendre un bout de papier et d'y inscrire leurs propres définitions des termes *santé mentale*, *facteurs de stress*, et *facteurs de protection*.
2. Demander aux volontaires de donner leurs propres définitions pour chacun de ces termes et d'écrire quelques idées clé sur une feuille du tableau papier.
3. Distribuer le document supplémentaire 4-a intitulé : Santé mentale, facteurs de stress et facteurs de protection.
4. Animer une discussion en examinant les questions de santé mentale, les facteurs de stress et les facteurs de protection en se basant sur la définition de ces termes par les participants et des références faites au document.

CONSEIL POUR LA FORMATION

Bien que la présente session parle de l'importance pour les prestataires de comprendre les points de vue des clientes ayant souffert de la violence sexuelle et de la fistule traumatique en particulier, il peut être utile de placer ces opinions dans un cadre plus large de compréhension de la santé mentale dans les situations de conflit. Les femmes et les jeunes filles dans de telles situations ont dû vivre avec des facteurs de stress et des facteurs évolutifs de protection associés au conflit même avant le viol qui a causé la fistule traumatique. Au cours de la discussion dans l'activité 1, rappeler aux participants qu'il existe certains facteurs généraux de stress fréquemment associés au conflit que sont:

- Le déplacement (i.e., le fait de vivre dans des camps déplacés sur le plan intérieur ou dans des camps de réfugiés)
- La séparation des membres de la famille
- L'exposition à l'insécurité militaire et au combat direct
- L'accès limité aux services de santé, à l'alimentation, l'eau et à un abri
- Des opportunités limitées d'éducation et d'emploi

Source : Mungherera, 2009.

Il est important pour les prestataires de réfléchir sur la gamme complète d'événements historiques pouvant avoir un impact sur la façon dont une cliente réagit à la violence sexuelle et à la fistule traumatique. La cliente de la fistule traumatique fait face souvent à la double charge du trauma du viol et de sa situation médicale grave. Toutes les deux situations conduisent à l'isolement social. Essayant à la fois de surmonter un tel stress, la cliente fait face à beaucoup d'autres problèmes encore en relation avec le conflit.

Il existe une grande variation dans le traitement des questions relatives aux individus exposés aux facteurs de stress associés à la guerre. Les conséquences psychosociales et de santé mentale peuvent être vécues à court ou à long-terme. Le plus souvent, les individus ont un éventail de symptômes psychologique au fil du temps. Quelque peu moins fréquemment, les prestataires peuvent rencontrer des clientes ayant un désordre psychiatrique. (Mungherera, 2009).

Au cours de l'Activité 1, inciter les participants à réfléchir sommairement sur l'origine et le point de vue de la cliente. Les prestataires ont également besoins de prendre en compte les facteurs de stress et les facteurs de protection que chaque cliente a été exposée au fil du temps et de se rappeler que bien que les expériences puissent avoir des similarités, chaque individu est unique et fait face aux différents facteurs de stress et de protection de sa propre façon.

CONSEIL POUR LA FORMATION

Cet exercice est destiné à aider les participants à réfléchir sur les points de vue des clientes par rapport à leur situation psychosociale. Les définitions spécifiques que les participants utilisent pour décrire leur compréhension des termes santé mentale, facteurs de stress, facteurs de protection, sont moins importantes que les concepts clé. Ce qui suit constitue quelques concepts clé (tirés du Document 4-A) :

- Il n'existe aucune définition universellement acceptée du terme *santé mentale*, mais voici quelques caractéristiques partagées par des personnes en bonne santé mentale :
 - La capacité de comprendre et de faire face aux problèmes quotidiens de la vie
 - La capacité de ressentir et d'exprimer une variété d'émotions
 - La capacité de maintenir de bonnes relations avec les membres de la famille et de la communauté

Les facteurs de stress sont des éléments qui s'ajoutent au stress des personnes, et outre le trauma de la violence sexuelle, les clientes de la fistule traumatique connaissent d'autres facteurs de stress fréquents en situation de conflit tels que le déplacement (manque d'abri, le fait d'être isolé de la communauté), le décès de leurs maris, enfants ou autres membres de la famille, et le fait d'être privé des besoins fondamentaux.

Les facteurs de protection sont des qualités propres à une personne ou à son environnement qui protègent une personne sur le plan affectif et mental contre la pleine vigueur d'un événement stressant.

A la fin de cette activité, aller à la page 74 du présent document : Supplément 4B.

Document supplémentaire

Document supplémentaire 4-a

Santé mentale, facteurs de stress, facteurs de protection

Il n'existe aucune définition universellement acceptée du terme santé mentale, mais les individus ayant une bonne santé mentale ont les qualités suivantes en commun :

- La capacité de comprendre et de faire face aux problèmes de la vie quotidienne
- La capacité de ressentir et d'exprimer une variété d'émotions
- La capacité de maintenir de bonnes relations avec les membres de la famille et de la communauté

Plusieurs facteurs, que ça soit biologique ou environnemental, contribuent à l'obtention d'une bonne santé mentale. Les individus sont fréquemment exposés aussi bien à des facteurs positifs que négatifs dans leur vie de tous les jours. Les problèmes de santé mentale surviennent lorsque le stress découlant des facteurs négatifs—tels que la pression du travail, la maladie ou le décès d'un membre de la famille, ou le manque de revenu—dépasse considérablement le niveau normal ou lorsque la durée d'exposition des ces facteurs négatifs est très longue.

En période de troubles sociaux, le mode de vie tout entier des individus est détruit. Les conditions de vie peuvent devenir intolérables, et même les besoins les plus essentiels peuvent faire défaut. De telles conditions, ainsi que le futur incertain et l'état d'insécurité constant, constituent de grands facteurs de stress pour les familles et les communautés. Le stress prolongé peut effondrer certaines personnes sur le plan affectif et mental, menant ainsi à des problèmes de santé mentale. De tels problèmes peuvent se présenter sur le plan physique (fatigue, maux de tête, mal de dos), sur le plan affectif (peur, anxiété, changement d'humeurs), ou à travers de grands changements de comportement (violence domestique, abus d'alcool). La plupart de ces problèmes peuvent être résolus. S'ils ne sont pas traités le plus rapidement possible, l'individu peut souffrir encore plus longtemps même à près la fin du traitement d'urgence.

Les facteurs de stress

Il s'agit d'éléments qui s'ajoutent au stress de l'individu. Les facteurs de stress existent dans la vie de tous les jours (par ex., les blessures physiques, le décès d'un membre de la famille ou les problèmes financiers). Ils peuvent engendrer des réactions positives ou négatives face aux problèmes ou situations difficiles. Les réactions normales et saines face au stress se traduisent par la sécheresse temporaire de la bouche et le sentiment de peur et d'inquiétude. La possibilité d'affronter le stress normal dépend de divers facteurs, y compris la nature du facteur de stress, l'accès au soutien social et le niveau préalable de fonctionnement. Si la personne stressée n'est pas traitée de façon très rapide ou est ignoré, cela peut se traduire par des troubles graves de la santé mentale. Le retard ou l'absence de traitement peut même entraîner l'éclatement de la famille et de la communauté toute entière, ou même le suicide.

Voici quelques exemples de facteurs de stress que les populations font face en situation de conflit :

- Le déplacement

- Le manque d'accès aux besoins fondamentaux
- La dissociation
- L'exposition à la violence

Les facteurs de protection

Tout le monde ne répond pas à une situation stressante de la même façon. Une telle assertion est d'autant plus vraie dans des situations extrêmes telles que la guerre que dans la vie de tous les jours. **Les facteurs de protections sont des qualités propres à une personne ou à son environnement et qui protègent un individu sur le plan affectif et mental contre la pleine vigueur d'un événement stressant.** Le moins l'individu possède des facteurs de protection, plus il est probable qu'il développe des problèmes de santé mentale. Le fait de savoir quels types de facteurs de protection existent dans une population déplacée peut aider les agences à choisir le genre de services devant être offerts pour la santé mentale. La première étape est d'identifier ces groupes ou ces individus qui ne possèdent pas un ou la plupart de ces facteurs essentiels de protection :

1. **Niveau antérieur de fonctionnement.** Le niveau de fonctionnement des personnes peut varier selon l'âge, le sexe, le type de personnalité, les croyances culturelles, etc. Par conséquent, tous les individus ne se confrontent pas à une situation stressante avec les mêmes aptitudes à y faire face sur le plan mental et affectif. Les personnes qui avaient des problèmes de fonctionnement auparavant seront particulièrement vulnérables au développement des problèmes de santé mentale dans les périodes généralisées de violence et de troubles sociaux.
2. **Soutien social.** Plus un individu est soutenu sur le plan social, plus il est en mesure de faire face au stress. Les personnes séparées de leurs familles ou de leur communauté ont plus de difficultés à affronter le stress que celles entourées des membres de leurs familles et de leur communauté, ainsi que ceux qui ont un accès immédiat au soutien à la suite d'un événement stressant. Non seulement le fait d'être seul est stressant, mais aussi les événements ayant conduit à la séparation sont souvent atroces. Cette catégorie de personnes aura un risque plus élevé pour développer des problèmes de santé mentale.
3. **Aptitude à affronter une situation.** L'aptitude à faire face à une situation est d'autant plus grande lorsque le premier événement stressant survient. Plus les événements stressants se multiplient, plus la probabilité de développer des problèmes de santé mentale augmente. Prenons l'exemple d'une victime de viol qui a été guérie. Considérant les services adéquats, une femme possède une chance raisonnable de recouvrer son bien-être mental et émotionnel à la suite d'un viol. Cependant, si une victime subit un viol une deuxième fois, ses problèmes de santé mentale peuvent être plus pire qu'après le premier viol.

La durée d'exposition d'un individu à un facteur de stress a également un impact sur son aptitude à faire face à la situation. Par exemple, la souffrance d'un individu prisonnier de guerre dans un camp pendant des années peut être plus grande que celle emprisonnée pour quelques mois seulement. En outre, plus le facteur de stress est intense et traumatique, plus les problèmes émotionnels et de santé mentale seront pires. Certains événements traumatiques peuvent être ressentis le plus profondément et peuvent avoir des effets à plus long terme (par ex., la torture, le fait de regarder les membres de la famille se faire tuer, etc.).

4. **Systèmes de croyance morale.** Les individus se remettent facilement du choc causé par les événements traumatiques s'ils croient qu'ils sont des gens bien, des membres loyaux de la communauté et s'ils croient également que le fait de vivre avec leur communauté est toujours une bonne chose pour eux. Mais s'ils ont des codes moraux brisés qui sont importants pour la communauté, ils peuvent être tourmentés par leurs actions. Les individus peuvent également ne plus faire confiance au gouvernement si les officiers les trahissent ou agissent de manière violente ou immorale contre leurs propres habitants. La terre peut ne plus être considérée comme appropriée pour les plantations si les tueries se font à cet endroit.
5. **Retour à l'état normal.** L'on doit se rappeler que les populations déplacées sont composées de personnes dont la vie normale a été bouleversée par une situation d'urgence. Une telle perturbation qui semble interminable crée plus de stress, de peur et un niveau plus bas d'estime de soi. La dépendance peut se développer détruisant ainsi la manière naturelle de la personne et de sa famille à faire face à une situation de façon naturelle et peut rendre pire les symptômes d'incapacité même durant les programmes sanitaires d'urgence d'extension. Plus un individu est capable de retourner de manière plus rapide à une vie quotidienne structurée, moins il est probable qu'un problème de santé mentale va se développer. Pour les personnes qui ont été forcées de quitter leur communauté ou qui ont perdu des membres de leurs familles qu'ils ne verront probablement plus jamais, il se peut qu'il ne soit plus possible de retourner à la vie normale. L'impact des facteurs de stress sur ces populations peut s'étendre de manière indéfinie dans le futur.

Note : Le présent document a été adapté du Chapitre 5 ("Emergency Mental Health and Psychosocial Support") de l'édition suivante : Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health et International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. 2008. *Public health guide for emergencies*. Baltimore, MD.

Ressource supplémentaire

Supplément 4B

NOTE AUX FORMATEURS

Le supplément 4B présente une vue d'ensemble sur ce qu'est le stress et le trauma et sur la manière dont les clientes ont pu faire face à leur expérience de violence sexuelle sur le plan psychosocial.

Partie B : La réponse psychosociale à la violence sexuelle et à la fistule traumatique

Durée : 20 minutes

Activité : Discussion en grand groupe (20 minutes)

1. Préparer deux feuilles du tableau-papier, une comportant le mot « fistule » tout à fait en haut de la feuille, la deuxième avec le mot « violence sexuelle » situ également en haut de la feuille.
2. Donner à chaque participant deux grandes fiches, deux paquets de ruban adhésif et un marqueur.
3. Demander aux participants de prendre une fiche et d'y inscrire un mot pour identifier un des sentiments qu'une femme ou une jeune fille atteinte de la fistule pourrait avoir. Ensuite, demander-les de prendre l'autre fiche et d'y inscrire un mot pour décrire un des sentiments qu'une victime de la violence sexuelle pourrait avoir.
4. Quand ils ont terminé, demander au participants de coller leurs fiches sur la feuille approprié du tableau-papier.
5. Animer une discussion en grand groupe sur les termes inscrits sur toutes les fiches, en rassemblant les mêmes mots ou les termes similaires dans chaque domaine et en réfléchissant particulièrement sur le chevauchement des sentiments d'une personne qui a aussi bien souffert de la violence sexuelle que de la fistule.
6. Distribuer le Document supplémentaire 4-b intitulé : Réponse psychosociale à la violence sexuelle et à la fistule traumatique.

CONSEIL POUR LA FORMATION

Les femmes et les jeunes filles souffrant de la fistule traumatique pourraient avoir des sentiments similaires découlant de chacune des conditions. Enfin, une approche du prestataire dans le traitement de ces sentiments pourrait être la même sans tenir compte de la situation qui cause chacun des symptômes de stress. Cependant, il est important pour les prestataires d'essayer d'obtenir toute la variété des sentiments que chaque cliente éprouve afin de répondre à ses besoins de façon globale.

CONSEIL POUR LA FORMATION

Les clientes de la fistule traumatique sont sujettes aussi bien au stress qu'au trauma lié à leur condition médicale et l'extrême violence dont elles ont souffert. La Session 6 fournit plus de renseignements sur la variété d'émotions que les clientes peuvent avoir à des niveaux différents de leur expérience au niveau de la structure. La Session 10 donne plus de détails sur les signes du stress traumatique secondaire et sur le traumatisme vicariant que les prestataires pourraient avoir à cause de leur travail.

A cette étape de la formation, en tant que partie intégrante de la section intitulée comprendre le point de vue de la cliente, il est important pour les participants d'avoir une compréhension de base des termes stress et trauma. Ils peuvent avoir des questions à poser sur ces termes, et vous pourrez trouver un temps approprié au cours de cette session pour partager avec eux les définitions suivantes :

- **Le stress** c'est « la réaction à tout problème réel ou passant pour tel, toute demande, menace ou tout changement auquel vous devez vous adapter. Le stress devient pénible lorsque la demande de la situation dépasse vos ressources d'adaptation disponibles. » (Headington Institute. Pas de date. Understanding and coping with traumatic stress. Pasadena, CA. Se référer au site web suivant : www.headington-institute.org/Default.aspx?tabid=1384)
- **Le trauma** a un rapport avec le stress mais il est plus sérieux. Il peut être défini comme suit : « ...la réaction qui apparaît lorsque la demande des situations très stressantes dépassent nos ressources d'adaptation disponibles entraînant ainsi une grave affliction. Une telle détresse a des conséquences négatives sur notre fonctionnement biologique et psychologique... Les événements traumatiques sont d'habitude soit des situations au cours desquelles l'on est gravement touché sur le plan physique et émotionnel, soit des événements qui suscitent la peur d'être tué ou gravement blessé. » (Headington Institute. Pas de date. Trauma and critical incident care for humanitarian workers. Pasadena, CA. Se référer au site web suivant : www.headington-institute.org/Default.aspx?tabid=2072)

Quand vous avez fini avec cette activité, retourner à la page 100 du curriculum de formation de la fistule obstétricale – Partie A : Elaboration des études de cas des clientes de la fistule obstétricale.

Document supplémentaire

Document supplémentaire 4-b

Réponse psychosociale à la violence sexuelle et à la fistule traumatique

Les individus ayant vécu l'expérience d'une agression sexuelle courent le risque d'avoir un certain nombre d'émotions différentes et des réactions psychologiques à des moments différents de leur guérison. Les prestataires doivent être conscient des réponses possibles suivantes concernant les clientes ayant subi une violence sexuelle.

La peur

En tant que conséquence de l'agression, un grand nombre de survivantes ont peur pour leur vie. Le plus souvent, les individus ont peur d'être agressés une nouvelle fois. A cause de la violence qu'ils ont soufferte, ils peuvent également avoir plus peur de manière générale qu'avant cette expérience, notamment la peur de l'obscurité, de la solitude ou la peur de quitter leur domicile tout seul. La victime peut également craindre d'être enceinte ou d'avoir le VIH ou les autres infections sexuellement transmissibles (IST) à cause d'un viol. La survivante peut aussi avoir peur de ne plus être capable d'avoir des enfants à cause de la blessure.

L'anxiété

Les victimes de la violence sexuelle souffrent souvent d'une grande anxiété pouvant entraîner des symptômes physiques tels que la difficulté de respiration, la tension musculaire, les nausées, les crampes abdominales ou les maux de tête.

La fureur et l'hostilité

Etant donné que la colère contre l'agresseur constitue une réaction normale et justifiable, la fureur en général peut être une émotion difficile à gérer du point de vue sanitaire. Dans beaucoup de cultures, l'on interdit aux femmes et aux enfants de montrer leur colère. Dans certains cas, la colère de la victime peut être « déplacée » ou « ciblée » de manière inappropriée contre les autres personnes. Les prestataires de soins de santé, par exemple, peuvent faire face à une réaction hostile de la part d'une cliente sans pour autant la provoquer en aucune façon.

Le repli sur soi-même

D'habitude, les victimes de violence sexuelle se sentent distantes et isolées des autres personnes et ne parviennent pas à partager leurs expériences avec les autres. Elles évitent de parler de leur pénible souvenir et redoutent que les autres personnes soient incapables de les comprendre. Elles peuvent également craindre d'être rejetées par leurs familles et leurs amis. Le fait de ne pas parler de leurs expériences et peut-être le fait de la revivre dans leur propre monde de cauchemars et de flash-back, devient un obstacle à la guérison émotionnelle et peut, à la longue, entraîner l'auto-isolément et le repli sur soi-même.

Les sentiments d'impuissance et de dérapage

Le viol et les autres formes de violence sexuelle surviennent en des circonstances où la victime perd le contrôle de sa situation au cours de l'agression. Plus tard, un tel phénomène peut se traduire par un sentiment généralisé de manque de contrôle sur sa propre situation. Par exemple, si la cliente exprime un sentiment de gêne ou se sent mal à l'aise au cours de l'examen médical ou des autres procédures, elle peut encore une fois éprouver un sentiment d'impuissance et de manque de contrôle. Il est essentiel que les prestataires aident les clientes à travers le renforcement de leurs droits en tant que patiente.

La léthargie

Après le viol, la plupart des victimes traversent une période de fermeture émotionnel et de léthargie, qui sont le résultat du choc. Pour les individus qui sont dans une telle situation, cela peut être un moyen d'établir le contrôle en pensant que si tout est calme autour d'eux, rien de mauvais ne peut arriver. Cette réaction peut être mal interprétée par les autres, mais elle n'est pas inhabituelle chez les personnes traumatisées. Un tel phénomène peut être considéré comme une première ligne de défense contre la réalité effrayante à laquelle elles ont été confrontées.

Dénégation et négation

Après le premier choc suivant l'agression, et même plusieurs mois après, la victime peut nier aux autres (et même à elle-même) qu'elle a été agressée. Elle peut même essayer d'ignorer ce qui lui est arrivée pour retrouver sa stabilité.

La culpabilité et le sens de la responsabilité

Beaucoup de personnes qui ont été violés se sentent responsables de l'agression ou réfléchissent sur la manière dont ils pourraient éviter l'événement. Certaines victimes se tiennent pour responsables du fait de ne pas avoir fourni plus d'efforts pour combattre l'agresseur/les agresseurs. Ce type de réaction est en rapport avec les préjugés de la société et la condamnation de la victime par celle-ci, un phénomène qui existe dans plusieurs communautés et cultures. Le comportement et la réaction des amis, de la famille, des autorités locales, et même des travailleurs de la santé peuvent renforcer l'idée que la victime a provoqué en quelque sorte l'agression et de ce fait, doit être blâmée pour ce qui est arrivé.

La honte

Plusieurs victimes de la violence sexuelle éprouvent une très grande honte et sont extrêmement embarrassées à cause de ce qui leur est arrivé. Le plus souvent, elles pensent qu'elles sont sales et font comme si elles ont été « marquées pour la vie ». Ce type de réaction, qui est très fréquente d'ailleurs, les empêchent souvent de parler de leur expérience. L'ampleur de la honte éprouvée par une victime peut être influencée par le type d'attaque et le niveau de violence qu'elle a endurée. Par exemple, le nombre d'agresseurs impliqués, l'utilisation ou non d'armes, etc., peut affecter le point de vue de la cliente par rapport à sa situation et à ses sentiments de honte.¹

¹ Cela est basé sur les idées supplémentaires sur les sentiments de honte des clientes qui ont été fournies par les participants à l'atelier sur le Counseling de la fistule traumatique tenu en mars 2009 à Kampala en Ouganda.

Le manque de confiance

L'expérience du viol fait surgir une dure réalité : le fait que la victime soit dans une situation dans laquelle elle était incapable de se protéger, même si elle avait essayé de se défendre de toutes ses forces. Au moment de l'agression, elle a perdu le contrôle. L'attaque était non seulement une invasion humiliante de sa propre personne, mais également une invasion de son être sur le plan intellectuel, social et émotionnel. Pour la victime, une telle expérience implique plusieurs questions sur la vulnérabilité en général, pouvant détruire de manière importante l'estime de soi et la confiance.

Les changements d'humeur

A la suite de l'agression, les émotions de la victime peuvent changer de façon très rapide, allant d'une douleur et d'une tristesse extrême sur le plan affectif, à un manque total d'affection. Elles peuvent ne rien ressentir ou se sentir déprimées en un moment donné, et puis dans la minute qui suit, elles peuvent devenir agitée, désorientées ou très en colère. Le fait de se sentir comme tel à la merci des changements d'émotion d'une personne, peut donner l'impression que la victime est instable sur le plan psychologique – aussi bien envers elle-même qu'envers les autres personnes.

La dépression

Un grand nombre de victimes de la violence sexuelle traversent des périodes de dépression. Parmi les symptômes, il y a l'anxiété, la haine en soi, la léthargie, la prise de poids, la perte d'appétit, la perturbation du sommeil, ainsi que d'autres manifestations physiques du stress.

Les flash-back et les cauchemars

Les flash-back sont des souvenirs de l'agression pouvant surgir de façon soudaine et sans avertissement. Parfois, ils sont tellement forts que la victime a l'impression qu'elle est en train de revivre l'expérience. Les individus ayant subi une agression sexuelle peuvent passer des nuits et des nuits à avoir des cauchemars ou sans dormir. Les cauchemars causent la victime de revivre l'agression et pointe aux certains problèmes autour de l'agression qui ne sont pas encore résolus.

Source : Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) 2005. Module de formation des prestataires: volet psycho-social. Pour l'initiative conjointe de prévention des violences sexuelles et de réponses aux droits et besoins des victimes/survivant(e)s. Kinshasa, DRC: FNUAP.

Ressource supplémentaire

Autres préoccupations de la formation concernant l'élaboration des études de cas

Lorsque les participants en formation démarrent le processus d'élaboration des études de cas, les formateurs devront s'assurer que toute la gamme de caractéristiques a été examinée, notamment celles en rapport avec la fistule traumatique. Par exemple, en discutant des différences qui existent entre les caractéristiques, les situations et les conditions émotionnelles et physiques, les formateurs devront s'assurer d'inclure dans les « situations » une qui est spécifique à la fistule traumatique (telle que « le fait d'avoir subi une violence sexuelle en public, le fait que toute la communauté soit au courant du viol, au lieu d'être connu par un nombre limité de personnes. »). De même, « les conditions émotionnelles et physiques » pourraient impliquer le fait d'avoir souffert d'autres blessures physiques dues au viol plutôt que de n'avoir aucune autre blessure physique, ou le fait d'être accompagnée à la structure par les membres de la famille au lieu d'être rejetée par ceux-ci, et puis être obligée de se rendre seul à la structure.

En développant les profils initiaux de la cliente (qui insiste uniquement sur les caractéristiques démographiques et sociales), soyez sûr d'inclure au moins un avec des caractéristiques propre à la fistule traumatique. Voici quelques exemples en dessous :

- Yvette : âgé de 24 ans ; mariée ; deux enfants ; analphabète et n'a jamais été à l'école ; son mari ne l'a pas renvoyée de la maison mais a pris une seconde épouse ; n'a aucun revenu et dépend de son mari pour survivre
- Joséphine : âgée de 8 ans ; tous ses deux parents ont été tués pendant le conflit ; a un frère âgé de 10 ans ; habite chez sa tante, avec le mari et la famille de sa tante ; a commencé l'école primaire avant la mort de ses parents, mais maintenant elle a quitté l'école
- Mariam : âgée de 50 ans ; veuve ; possède trois enfants dont un fils (son fils et une de ses filles ont été tués pendant le conflit) ; vit avec sa fille âgée de 34 ans, chez la famille de sa fille ; a fait des études jusqu'à la première année de l'école secondaire ; a un petit business de confection en ville et aide sa fille dans l'agriculture de la famille.

Les formateurs devront insister sur le fait que le développement des études de cas est un peu similaire à la rédaction d'une histoire. C'est-à-dire, vous réfléchissez sur ce que vous savez sur le personnage principal, et puis vous essayez d'imaginer ce qui est arrivé à la femme ou à la fille et qui l'a mise dans cette situation et dans cet état émotionnel et physique. En décrivant la manière dont un personnage a pu développer une fistule traumatique, demandez aux participants de fournir également des renseignements sur l'agresseur/ les agresseurs concernant l'incident de la violence sexuelle ayant entraîné la blessure. Au cas où elle a été causée par des soldats par exemple, ils devront fournir des informations sur leur identité, c'est-à-dire, de voir si les officiers haut gradés étaient impliqués ou s'il s'agissait d'autres personnes. Ils devront indiquer également le nombre d'agresseurs et les types d'armes utilisées, le cas échéant. De tels renseignements peuvent, dans leur totalité, influencer le niveau de la blessure et le degré de peur qu'une cliente puisse avoir en parlant de sa situation avec les prestataires.

EXEMPLE D'ÉTUDE DE CAS POUR « YVETTE »

Yvette, age 24, République démocratique du Congo

A l'âge de 18 ans, Yvette s'est mariée avec un jeune homme âgé de 24 ans qui habite dans une région rurale isolée. Elle est devenue enceinte dans la première année suivant son mariage et a donné naissance à un petit garçon en très bonne santé. Deux années plus tard, elle avait donné naissance à un autre enfant, mais cette fois – ci c'était une fille. A l'âge de 23 ans, la guerre commença dans le petit village où Yvette et sa jeune famille vivait. Un jour, après avoir ramassé du bois de chauffage, elle a été violemment agressée par un groupe de six hommes qui ressemblaient à des rebelles. Ils étaient tous jeunes, sauf un d'entre eux qui était plus âgé et ressemblait à un officier rebelle. Certains de ces hommes ont utilisé les branches du tas de bois qu'elle avait ramassé. Elle a réussi de rentrer à la maison et a essayé de cacher ce qui lui était arrivé, mais elle avait des douleurs terribles et a remarqué par la suite qu'elle avait des fuites constantes d'urine. Son mari la confronta, et lorsqu'elle lui raconta ce qui s'est passé, il lui dit qu'elle devait quitter la maison. En le suppliant, elle finit par le convaincre de rester dans la concession familiale, mais peu de temps après, il prit une seconde épouse et de ce fait, n'aurait rien de plus à faire avec elle. Elle était permise de rester dans sa propre case au sein de la concession, mais elle et ses enfants dépendaient entièrement de son mari et de sa seconde épouse pour tout ce dont ils ont besoin.

À la fin de cette activité, retourner à la page 101 du curriculum de formation de la fistule obstétricale – Partie A, Activité 2.

Ressource supplémentaire

Informations supplémentaires sur la confidentialité, l'intimité et la dignité

Au cours de l'activité de la Partie B intitulée Confidentialité, Intimité et Dignité, les formateurs devront penser à incorporer un outil de formation vidéo sur le counseling clinique des victimes de la violence sexuelle. L'élaboration faite par l'International Rescue Committee en 2007, *Clinical Care for Sexual Assault Survivors: A Multimedia Training Tool* fournit une vue d'ensemble adéquate sur la confidentialité, l'intimité et la dignité, et contient également une section qui traite des questions relatives au consentement éclairé.

Pour plus d'amples information sur cette vidéo, consulter le site web suivant : www.theirc.org/resources/2007/clinical-care-for-sexual-assault-survivors-dvd-brochure.pdf.

A la fin de cette activité, aller à la page 106 du curriculum de formation de la fistule obstétricale—Partis C : Prise en charge des sentiments de la cliente.

Session 5

Communication interpersonnelle

La Session 5 du document intitulé *Counseling de la cliente souffrant de la fistule obstétricale* met l'accent sur la communication avec les clientes de la fistule, particulièrement sur les avantages de la communication bidirectionnelle, le besoin d'utilisation d'un langage simple et du cadre de counseling REDI (« Rapport Building [Etablissement de bonnes relations], Exploration [Exploration], Decision Making [Prise de décision], and Implementing the Decision [Mise en œuvre de la décision] »). Tout cela constitue également une chose importante à faire en s'occupant des clientes de la fistule traumatique. Cependant, le soutien des clientes à travers le counseling peut être renforcé avec l'utilisation de techniques ou de messages clé pouvant particulièrement aider les individus ayant survécu le traumatisme. Par conséquent, le présent supplément fournit quelques matériels complémentaires sur l'art d'écouter, les approches de la communication verbale et non verbale jugée être d'un grand soutien ou non favorable, et sur l'utilisation de la paraphrase, de l'éloge, l'encouragement et l'empathie dans le cadre du counseling.

Pour intégrer les informations relatives à la fistule traumatique dans cette session, il faudra se référer aux éléments suivants contenus dans le présent supplément (tel qu'indiqué dans les instructions de la case rose du curriculum de formation de la fistule obstétricale) :

- Vue d'ensemble sur la session 5 équivalent : Objectifs de la Session, Points à retenir, Méthodes de formation, Matériels et Préparation préalable (pages 84 à 89)
- Ressource supplémentaire : Partie B Point de discussion complémentaire (page 90)
- Document supplémentaire 5-a : Communication non verbale (pages 91 et 93)
- Ressource supplémentaire : Partie C Point de discussion complémentaire (page 93)
- Ressource supplémentaire : Partie D, Activité 1—Exemple équivalent de tableau-papier rempli (page 94)
- Ressource supplémentaire : Partie D, Activité 3—Exemple équivalent de tableau-papier rempli (page 95)
- Ressource supplémentaire : Supplément 5A : Feedback Positif à travers la paraphrase, l'éloge, l'encouragement et l'empathie (pages 96 et 97)
- Document supplémentaire 5-b : La paraphrase, l'éloge, l'encouragement et l'empathie (pages 98 à 100)
- Ressource supplémentaire : Partie F Point de discussion complémentaire (page 101)

Vue d'ensemble de la session 5 de remplacement

Vue d'ensemble de la Session 5

Objectifs de la session

A la fin de cette session, les participants seront en mesure de faire ce qui suit :

- Expliquer la différence qui existe entre la communication unidirectionnelle et la communication bidirectionnelle.
- Discuter l'importance de la communication non verbale en s'occupant des clientes de la fistule
- Discuter les avantages de la communication bidirectionnelle et de l'utilisation des questions ouvertes pour le counseling.
- Démontrer l'utilisation d'un langage simple et des aides visuelles pour expliquer la pathologie et le traitement de la fistule
- Expliquer et donner des exemples pour l'utilisation de la paraphrase, de l'éloge, de l'encouragement et de l'empathie, et faire un feedback positif lors du counseling des clientes de la fistule
- Décrire le cadre REDI pour le counseling :
 - Etablissement de bonnes relations (Rapport-building)
 - Exploration (Exploration)
 - Prise de décision (Decision making)
 - Mise en œuvre de la décision (Implementing the decision)
- Identifier les lacunes dans la pratique après avoir fait la comparaison avec le cadre REDI du counseling
- Discuter l'importance d'appliquer des cadres de counseling à la situation particulière de chaque cliente
- Prendre en charge le contexte social pour la prise de décision lors du counseling

POINTS À RETENIR

- ✓ *La communication bidirectionnelle* peut prendre plus de temps, mais elle est *plus efficace* lorsqu'il s'agit de veiller à ce que chacun ait été bien compris.
- ✓ Les voies de communication non verbale peuvent transmettre plus de messages sur les attitudes d'un prestataire envers les clientes qu'en utilisant ses propres mots.
- ✓ Les étapes de l'écoute active et efficace sont représentées à travers le mot CLEAR : Clarifier (Clarify), Ecouter (Listen), Encourager (Encourage), Reconnaître (Acknowledge), et Répéter (Repeat).
- ✓ *Les questions ouvertes* sont utiles pour explorer les opinions et sentiments d'une cliente, et sont plus efficaces que les questions fermées pour déterminer les besoins d'une cliente (en termes d'information ou de soutien affectif) et ce qu'elle sait déjà.

(Suite)

POINTS À RETENIR (SUITE)

- ✓ *Les questions fermées* peuvent être appropriées pour déterminer l'état et les antécédents médicaux de la cliente au début du traitement médical ou du counseling.
- ✓ Les besoins affectifs et les préoccupations d'une cliente de fistule peuvent changer d'une phase de traitement à l'autre.
- ✓ Les renseignements fournis à une cliente de la fistule devraient être anatomiquement corrects et transmis dans un langage et un format qu'elle peut comprendre et à un moment où elle est émotionnellement prête à les recevoir.
- ✓ Une des conséquences psychosociales de la violence sexuelle et de la fistule traumatique que les femmes et les filles font face est l'érosion de la confiance en soi et de l'estime de soi ; un conseiller efficace peut aider la cliente à se sentir mieux dans sa peau à grâce à l'utilisation de techniques telles que la paraphrase, l'éloge, l'encouragement et l'empathie.
- ✓ Les éléments du cadre de counseling REDI sont : l'Etablissement de bonnes relations, l'Exploration, la Prise de décision et la mise en œuvre de la décision.
- ✓ Les conseillers peuvent utiliser le même cadre du REDI au moment de discuter des options et décisions avec le parent ou tuteur des jeunes clientes.
- ✓ La cliente est plus importante que le cadre de counseling.

Méthodes de formation

- Mise en train
- Exercice/discussion en grand groupe
- Démonstration des jeux de rôle
- Remue-méninges
- Présentation
- Travail en petit groupe

Matériels

- Tableau-papier, chevalet, marqueurs et ruban adhésif
- Marqueurs ou crayons effaçables (un par participant) ; utiliser des crayons si les marqueurs pour papier plastifié et pour transparents ne sont pas disponibles
- Rétroprojecteur (facultatif)
- Deux feuilles de papier et un crayon pour chaque participant
- Un petit bout de papier sur lequel il est inscrit un « sentiment » (un pour chaque participant)
- Document du participant 5-A : La communication unilatérale et bidirectionnelle
- Document supplémentaire 5-a : La communication non verbale
- Document du participant 5-B : L'art d'écouter
- Document du participant 5-C : Les questions fermées et les questions ouvertes

- Document du participant 5-D : Les organes génitaux de la femme
- Document du participant 5-E : Quatre types communs à la fistule obstétricale
- Document du participant 5-F : Les couches prolongées et les effets sur l'appareil reproducteur
- Document supplémentaire 5-b : La paraphrase, l'éloge, l'encouragement et l'empathie
- Document du participant 5-G : REDI : L'établissement de bonnes relations (Rapport Building), Exploration (l'Exploration), la Prise de décision (Decision Making) et la Mise en œuvre de la décision (Implementing the Decision)
- Transparent 5-A : Exemple de diagramme

Préparation préalable

1. Préparer un tableau-papier listant les objectifs de la présente session.
2. Préparer des transparents des Documents 5-A et 5-B du participant et les documents supplémentaires 5-a et 5-b, et en faire une copie destinée au volontaire. Si un rétroprojecteur n'est pas disponible, faite une copie pour chaque participant.
3. Examiner les Documents du participant 5-A à 5-G et les documents supplémentaires 5-a et 5-b, et en faire une copie pour chaque participant.
4. Préparer de petits bouts de papier (en nombre suffisant pour en donner à chaque participant) comportant un sentiment écrit sur chaque feuille (par exemple, triste, cynique, anxieux, soulagé, embrouillé, coléreux).
5. Préparer plusieurs tableaux-papiers comme dans l'exemple illustré ci-dessous pour la Partie D Activité 1 :

<i>Questions d'information/ fermées et Questions de sentiment/ouvertes</i>		
Questions	Structure (Fermée ou ouverte)	Contenu (Information ou sentiment)

6. Préparer un tableau-papier pour chacune des étapes du cadre de counseling REDI, comme dans les tableaux ci-dessous, pour la Partie F, Activité 2 :

Etablissement de bonnes relations

Etablissement de bonnes relations	Déjà en cours	Formation nécessaire	Les défis anticipés
1. Accueillir la cliente.			
2. Faire les présentations.			
3. Introduire le sujet de la fistule obstétricale.			
4. Assurer la cliente de la confidentialité.			

Exploration

Exploration	Déjà en cours	Formation nécessaire	Les défis anticipés
1. Explorer les besoins, risques, vie sexuelle, contexte social, et conditions de la cliente.			
2. Evaluer les connaissances de la cliente et donner les informations nécessaires.			

Prise de décision

Prise de décision	Déjà en cours	Formation nécessaire	Les défis anticipés
1. Identifier les décisions que la cliente doit prendre.			
2. Identifier les options de la cliente pour chaque décision.			
3. Aider la cliente à peser les avantages, inconvénients, et conséquences de chacune.			
4. Assister la cliente à prendre elle-même des décisions réalistes.			

Mise en œuvre de la décision

Mise en œuvre de la décision	Déjà en cours	Formation nécessaire	Les défis anticipés
1. Aider la cliente à élaborer un plan concret et spécifique pour donner suite à la décision.			
2. Identifier les compétences dont la cliente aura besoin pour donner suite à la décision.			
3. S'entraîner aux compétences avec la cliente, selon les besoins.			
4. Elaborer un plan pour le suivi.			

7. Utiliser les Documents 5-D: Organes reproducteurs féminins, 5-E: Quatre types communs de la fistule obstétricale, et 5-F: Travail prolongé et effets sur l'appareil reproducteur sous forme de transparents. Si un rétroprojecteur n'est pas disponible, préparer trois tableaux-papier avec les diagrammes des Documents 5-D, 5-E, et 5-F.
8. Examiner les Documents 5-D, 5-E, et 5-F, et faire une copie sur papier plastifié des documents pour chaque participant. Si la plastification n'est pas disponible, copier ce document sur du papier ainsi que les autres.
9. Rassembler le matériel et préparer la salle pour s'entraîner au jeu de rôle.

Durée (totale) de la session : 5 heures, 30 minutes

Aller à la page 122 du curriculum de formation de la fistule obstétricale – Session 5 Etapes de formation.

Document supplémentaire

Partie B : Activité de communication verbale et non verbale : Point de discussion supplémentaire

Les voies de communication non verbale (telles que la position du prestataire par rapport à la cliente, la physionomie, l'intensité du contact visuel et les gestes) peuvent exprimer autant de choses sur les attitudes du prestataire envers les clientes (particulièrement celles qui ont été violées ou ont subi une violence sexuelle) que les mots utilisés. Par conséquent, les prestataires doivent être particulièrement conscients de l'utilité de la communication non verbale.

Distribuer le Document supplémentaire 5-a et en discuter brièvement : Faire une communication non verbale avant de conclure cette activité.

Aller à la page 124 du curriculum de formation de la fistule obstétricale – Activité de la Partie B, Etape 9.

Document supplémentaire

Document supplémentaire 5-a

Communication non verbale

Dans les interactions quotidiennes avec les autres personnes, nous utilisons tous la communication verbale et non verbale pour exprimer ce que nous pensons et ce que nous ressentons. La majeure partie de la communication verbale et non verbale se fait sans pour autant en être conscient. La façon dont nous parlons de quelque chose et les mots que nous utilisons peuvent « dire beaucoup de chose » sur ce que nous pensons réellement. Dans le même temps, la majeure partie de la communication n'implique aucun mot, du tout. Il existe des formes de communication non verbale aussi bien positives que négatives. Voici quelques exemples de chacune d'elles :

Répliques non verbales positives

- Se pencher vers une cliente
- Sourire
- Eviter les maniérismes nerveux
- Montrer des expressions faciales intéressées
- Maintenir le contact visuel
- Faire des gestes encourageant tels que remuer la tête

Répliques non verbales négatives

- Lire à partir d'un diagramme
- Regarder sa montre
- Bailler
- Regarder par la fenêtre
- Donner des signes d'impatience
- Froncer les sourcils
- Ne pas maintenir le contact visuel

(Adapté de : EngenderHealth Society, 2006. *Adherence to treatment for HIV: A training curriculum for counselors. Participant manual*. New Delhi, pp. 75–76)

Différences culturelles, contact visuel, espace personnel et contact personnel

En tant que prestataires de soins de santé et conseillers socio-psychologique, il se peut que vous ayez besoin d'utiliser une variété d'approches avec vos clientes en termes de contact visuel, espace personnel et contact personnel, dépendant aussi bien de la culture que des préférences personnelles. Vous devez être observateur et ouvert en adaptant votre propre comportement pour vous assurer que la cliente est aussi à l'aise que possible et faciliter la tranquillité avec laquelle elle peut communiquer avec vous ses besoins.

De manière générale, le fait de maintenir le contact visuel est une réplique non verbale importante pouvant faire savoir à la cliente que vous vous intéressez à la compréhension de son attitude et au fait d'écouter son histoire pour pouvoir l'aider à trouver des solutions.

Toutefois, il est important de garder à l'esprit que dans certaines cultures, **le fait de maintenir le contact visuel n'est pas convenable**. Il est même possible que la cliente préfère vous parler en ayant le dos tourné, soit à cause de la culture soit à cause des sentiments de honte et/ou de culpabilité. Bien que vous deviez en fin de compte être en mesure d'apporter votre aide sur le plan affectif, concernant la communication interpersonnelle, il est important de comprendre l'essentiel des habitudes des personnes en provenance d'autres cultures et que vous rencontrez fréquemment dans vos services.

Les individus peuvent également avoir des différents besoins et degrés de confort concernant leur espace personnel. Certaines clientes ayant vécu l'expérience d'une violence sexuelle peuvent sentir le besoin de maintenir l'espace personnel, et sont plus à l'aise au moment de partager les informations s'il y a séparation physique, telle que la présence d'une chaise placée entre la cliente et le prestataire de soin au moment de discuter sa situation. Pour d'autres, il est plus approprié de prendre une chaise et de s'asseoir près d'elle ou directement en face d'elle, pour établir une communication simple qui devient plus familier et moins formel par la suite. Encore une fois, la culture et les préférences personnelles jouent toutes les deux un important rôle, et il est essentiel d'être observateur autant que possible avec chaque cliente.

De la même façon, le niveau de contact personnel approprié dépend fortement aussi bien de la culture que de la préférence personnelle. Dans beaucoup de culture, le fait de caresser gentiment l'avant bras ou l'épaule d'une cliente affligée peut être un signe d'empathie et de soutien, mais dans d'autres cultures par contre, une telle action peut être complètement inappropriée. En outre, certaines clientes peuvent être particulièrement sensibles au contact personnel et peuvent ne pas vouloir être touchées ou même qu'on leur serre la main. Si une cliente rejette le contact physique qui est typique pour sa culture, le prestataire ne devra pas faire offense. Il est plutôt essentiel d'essayer de comprendre l'expérience et les besoins de la cliente et de prendre en compte ses signaux physiques au cours d'une autre communication interpersonnelle.

Document supplémentaire

Partie C : Ecoute active/Savoir écouter : Point de discussion supplémentaire

Il est important pour les formateurs de comprendre que les conseillers socio-psychologiques et le personnel médical travaillant avec les clientes victimes de la violence sexuelle et souffrant de la fistule traumatique, passent souvent de longues heures à travailler dans des situations difficiles. Ils écoutent des histoires atroces concernant la souffrance humaine à longueur de journée. En fin de compte, ils peuvent commencer à « se familiariser » (zone out), tout en pensant qu'ils savent à l'avance ce qu'ils vont entendre des clientes, et ils peuvent systématiquement utiliser la même approche avec chaque cliente. Bien qu'un tel phénomène soit compréhensible, il peut mener à une rupture de la communication entre la cliente et le prestataire, et finalement porter atteinte à la qualité du service et aux résultats de la cliente.

Ce phénomène s'applique aux interactions entre la cliente et le prestataire pour toute préoccupation sanitaire, mais il est particulièrement approprié pour la question de la violence sexuelle et de la fistule traumatique, à cause de la nature sensible des préoccupations sanitaires de la cliente. Tel que mis en évidence dans le présent document intitulé : *Adherence to Treatment for HIV: A Training Curriculum for Counselors* (EngenderHealth Society, 2006) :

Lorsqu'un conseiller socio-psychologique n'écoute attentivement, il est facile pour un/une client(e) de dire que sa situation n'est pas importante aux yeux du conseiller, ou que lui/elle, en tant qu'individu, n'est pas une personne importante pour le conseiller. Par conséquent, il est difficile de développer la confiance nécessaire pour faire un bon counseling si le conseiller n'écoute pas de manière attentive. L'art d'écouter constitue également une aptitude essentielle de communication pour le counseling. Il est important de déterminer de manière plus efficace les éléments suivants :

- Les besoins du/de la client(e)
- Les préoccupations réelles de la cliente/du client
- Ce dont la cliente connaît déjà de sa situation
- Ce que la/le client(e) croit qu'elle/il est en mesure de faire
- Les attentes du/de la client(e)

Les obstacles de l'écoute efficace peuvent inclure ce qui suit : l'environnement physique ; le langage corporel ; l'élocution/le ton ; la langue et l'apparence (FHI, RHRC Consortium, et IRC, pas de date).

Retourner à la page 126 du curriculum de formation de la fistule obstétricale – Partie D : Savoir poser des questions ouvertes.

Ressource supplémentaire

Partie D, Activité 1 – Exemple de tableau-papier rempli équivalent

*** EXEMPLE – NE PA COPIER LE CONTENU ***

*Questions d'information fermées et
Questions de sentiment ouvertes*

Questions	Structure (Fermée ou ouverte)	Contenu (Information ou sentiment)
1. Depuis combien de temps avez-vous été violée ?		
2. Comment les /l'agresseur(s) vous a-t'il/ont-ils violée ?		
3. Vos agresseurs ont-ils utilisé des armes ?		
4. Quels soins médicaux vous avez reçu après le viol ?		
5. Avez-vous été testée pour le VIH ou les autres infections sexuellement transmissibles ?		
6. Combien de temps avez-vous vécu dans cette situation ?		
7. Comment vous êtes-vous sentie depuis le jour où a eu lieu votre agression ?		

Retourner à la page 127 du curriculum de formation de la fistule obstétricale – Partie D : Activité 2.

Ressource supplémentaire

Partie D, Activité 3 - Exemple de tableau-papier rempli équivalent

*** Exemple de tableau-papier rempli pour l'Activité 3 – NE PAS COPIER LE CONTENU ***

<i>Questions d'information fermées et Questions de sentiment ouvertes</i>		
Questions	Structure (Fermée ou ouverte)	Contenu (Information ou sentiment)
1. Depuis combien de temps avez-vous été violée ?	f	I
2. Comment les /l'agresseur(s) vous a-t'il/ont-ils violée ?	o	I
3. Vos agresseurs ont-ils utilisé des armes ?	f	I
4. Quels soins médicaux vous avez reçu après le viol ?	o	I
5. Avez-vous été testée pour le VIH ou les autres infections sexuellement transmissibles ?	f	I
6. Combien de temps avez-vous vécu dans cette situation ?	f	I
7. Comment vous êtes-vous sentie depuis le jour où a eu lieu votre agression ?	o	S

Aller à la page 129 du curriculum de formation de la fistule obstétricale – Partie E : Utilisation du langage simple et des aides visuelles.

Ressource supplémentaire

Supplément 5A

Renforcement positif à travers la paraphrase, l'éloge, l'encouragement et l'empathie

Durée : 55 minutes

Activité 1 : Présentation/Discussion (10 minutes)

1. Présenter une vue d'ensemble des termes suivants : paraphrase, éloge, encouragement et empathie, tels que appliqués au counseling de la fistule traumatique.
2. Donner à chaque participant une copie du Document supplémentaire 5-b : Paraphrase, Eloge, Encouragement et Empathie.
3. Diriger une brève discussion de ces termes en invitant les participants à partager leur compréhension et utilisation de leur travail de counseling.

CONSEIL POUR LA FORMATION

A ce stade de la formation dans la 5, les participants ont été exposés à cinq différentes composantes de la communication interpersonnelle : (1) la communication bidirectionnelle ; (2) la communication verbale et non verbale ; (3) l'écoute active/savoir écouter ; (4) les questions ouvertes et fermées ; et (5) le feed-back positif à travers la paraphrase, l'éloge, l'encouragement et l'empathie. Au fil du temps, les véritables conseillers socio-psychologiques deviennent compétents dans l'application de chacun de ces points au moment approprié dans le counseling de chaque patiente. Cependant, le fait d'omettre un seul domaine peut parfois réduire la qualité de l'expérience du counseling. De ce fait, il est important que les conseillers essayent d'acquérir des compétences dans tous les domaines, telle que l'Activité 2 ci-dessous aide à démontrer..

Activité 2 : Jeu de rôle (45 minutes)

1. Répartir les participants dans les mêmes groupes ayant développé les études de cas des clientes dans la Session 4.
2. Quand les participants rejoignent leur groupe respectif, leur expliquer qu'ils feront un jeu de rôle impliquant une cliente de la fistule traumatique (en utilisant l'un des personnages développés dans les sessions précédentes) et un prestataire au moins. Les groupes peuvent souhaiter créer des personnages supplémentaires tels que les membres de la famille, les autres prestataires, etc., mais au minimum, le client et le prestataire doivent être présents.
3. La cliente va raconter son histoire au prestataire, et ce dernier la conseillera selon le besoin en n'utilisant l'une des techniques essentielles de communication déjà discutée dans la Session 5 (i.e., la communication bidirectionnelle ; la communication verbale et non verbale ; l'écoute active/l'art d'écouter ; les questions ouvertes et fermées ; le feed-back positif à travers la paraphrase, l'éloge, l'encouragement et l'empathie).
4. Avant que les groupes ne commencent à développer les jeux de rôle, aller vers chacun d'eux et indiquer laquelle des cinq techniques de communication doit être « omis ». Il est important que les participants dans chaque groupe ne connaissent que le domaine de compétences qu'ils doivent omettre, mais pas ceux qui vont être omis par chacun des autres groupes.
5. Dire à chaque groupe qu'il doit présenter leur jeu de rôle pendant cinq minutes. Ensuite, demander aux participants qui ne sont pas dans le groupe de présentation de discuter le domaine de compétence qu'ils pensent manquant dans chaque jeu de rôle.
6. Après que tous les groupes aient terminé leur travail, animer une discussion sur les expériences des personnages dans chaque jeu de rôle. Demander aux participants lequel des domaines de compétences ils pensent étaient manquants de chacun des autres jeux de rôle et comparer leur réponses par rapport à ce qui avait été assigné à chaque groupe.

Aller à la page 131 du curriculum de formation de la fistule obstétricale – Partie F : Cadre de counseling : REDI.

Document supplémentaire

Document supplémentaire 5-b

La paraphrase, l'éloge, l'encouragement et l'empathie

L'une des conséquences psychologiques éventuelles – à vrai dire probables – de la violence sexuelle et de la fistule traumatique que les femmes et les filles clientes font face, est l'érosion de la confiance en soi et de l'estime de soi. Outre le fait d'écouter la cliente, de lui donner des informations et lui fournir des liens avec les services supplémentaires, un véritable conseiller socio-psychologique peut aider la cliente à commencer à se sentir mieux dans sa peau, même après leur première rencontre.

La paraphrase, l'éloge, l'encouragement et l'empathie sont des éléments importants du processus de communication entre le conseiller et la cliente. Les définitions de chacun des termes sont fournies ci-dessous.

La paraphrase c'est « le fait de reprendre le message de la cliente de façon simple et en utilisant vos propres termes. La paraphrase a pour but (1) de s'assurer que vous avez bien compris la cliente ; (2) faire savoir à la cliente que vous essayez de comprendre l'essentiel de son message ; et (3) de résumer ou d'éclaircir ce que la cliente essaie de dire » (adapté de : EngenderHealth, 2003, p. 82).

L'éloge c'est « l'expression de l'approbation ou de l'admiration. Dans le milieu sanitaire, faire l'éloge consiste à renforcer le comportement positif—c'est-à-dire, identifier et soutenir le comportement qui favorise la santé des clientes » (EngenderHealth et ICW, 2006, Participant Handout 4.1: Communication Skills of an Effective Counselor, p. 106). Par exemple :

- Le fait de respecter les préoccupations de la cliente concernant sa propre santé
- Le fait de reconnaître les difficultés qu'elle a pu surmonter pour se rendre à la structure

L'encouragement c'est « le fait de donner du courage, de rendre confiant et de donner de l'espoir. Dans le milieu sanitaire, donner des encouragements signifie faire savoir aux clientes que vous croyez qu'elles peuvent surmonter leurs problèmes et de les aider à trouver des moyens de le faire » (EngenderHealth et ICW, 2006, Participant Handout 4.1: Communication Skills of an Effective Counselor, p. 106). Par exemple :

- Souligner les possibilités et les raisons d'avoir de l'espoir
- Insister sur les éléments positifs qu'une cliente a fait pour s'aider elle-même et l'inciter à continuer une telle action et/ou trouver de nouveaux moyens d'exploiter sa propre faculté de récupération

L'empathie c'est la capacité de prendre la place de la cliente et de comprendre son point de vue comme si c'était vous-même. C'est le fait d'être en mesure « de se mettre à la place de la cliente ». Il est différent du terme « sympathie » qui signifie être désolé pour une autre personne (EngenderHealth Society, 2006).

Voici quelques exemples de manières à appliquer la paraphrase, l'éloge, l'encouragement et l'empathie avec les clientes victimes de la violence sexuelle et souffrant de la fistule traumatique :

La paraphrase

Les prestataires de soins de santé et les conseillers socio-psychologiques peuvent montrer à une cliente qu'ils comprennent ce qu'elle essaie de dire en paraphrasant. Par exemple, si une cliente dit quelque chose comme :

- « Je ne sais pas quoi faire. Chaque jour qui passe, je sens que les habitants de mon village me regardent de façon étrange parce qu'ils savent ce qui m'est arrivée. Mon mari n'a plus rien à faire avec moi. Il m'a menacée de me faire sortir de la maison. Que va-t-il se passer après? Que vont devenir mes enfants? Comment pourrais-je les nourrir? Je ne sais pas où je vais trouver de l'argent si mon mari m'expulse de la maison. Mes parents ont été tués durant la guerre et je n'ai nulle part où aller. Tout le monde est dispersé. Tout est sens dessus-dessous. Je dois trouver un moyen de m'assurer qu'il n'arrivera rien aux enfants. »

Le prestataire peut aider la cliente à se concentrer et à être consciente du fait qu'elle est écoutée, en paraphrasant :

- « Si je comprends bien, vous vous trouvez dans une situation extrêmement difficile et effrayante, particulièrement en ce qui concerne le bien-être de vos enfants. Vous trouverez un moyen de vous assurer que les besoins de vos enfants sont satisfaits »

L'éloge

Pour montrer du respect aux préoccupations de la cliente pour sa propre santé, le prestataire pourrait dire :

- « C'est très malin de votre part de venir pour obtenir des soins médicaux aussi tôt après votre agression. Nous serions en mesure de vous offrir une variété de services qui pourraient ne pas être une option si vous aviez attendu plus longtemps. Vous avez bien fait de venir au moment approprié, nous allons faire tout ce qui est à notre pouvoir pour vous aider »

Pour reconnaître les difficultés qu'elle a pu surmonter pour se rendre à la structure, le prestataire pourrait dire ce qui suit à la cliente :

- « Vous avez parcouru une longue distance pour trouver de l'aide et vous avez même risqué votre vie en traversant les zones peu sûres. C'est impressionnant, vous êtes vraiment très brave »

L'encouragement

Pour encourager une cliente à retrouver ses propres forces et à regagner sa faculté de récupération et de continuer à prendre des initiatives positives par rapport à son rétablissement, le prestataire pourrait lui rappeler ce qui suit :

- « Vous pouvez être fier d'avoir été capable de faire face aux difficultés émotionnelles et physiques. Le futur vous appartiendra bientôt à bien des égards, mais vous serez toujours capable de compter sur votre propre force pour surmonter les défis »
- « C'est merveilleux d'avoir rejoint l'organisation des victimes de la violence sexuelle. Elles ont beaucoup de programmes qui peuvent aider et vous avez beaucoup à offrir aux autres membres »

L'empathie

En écoutant l'histoire d'une cliente, le prestataire peut comprendre ce qu'elle ressent et montrer qu'il peut en quelque sorte s'identifier aux expériences et sentiments de la cliente en disant quelque chose comme :

- « Votre expérience a été extrêmement difficile et représenterait un défi à n'importe quelle femme. Vous n'avez pas à avoir honte de cette situation. Nous avons tous souffert de manière atroce à bien des égards pendant cette guerre et avons rencontré tellement de difficultés. Nous sommes là pour vous aider à surmonter ce problème ensemble. »

Références

EngenderHealth. 2003. *Comprehensive counseling for reproductive health. An integrated approach. Trainer's manual*. New York.

EngenderHealth et International Community of Women Living with AIDS (ICW). 2006. *Sexual and reproductive health for HIV-positive women and adolescent girls: Manual for trainers and programme managers*. New York et Londres.

EngenderHealth Society. 2006. *Adherence to treatment for HIV: A training curriculum for counselors. Participant manual*. New Delhi.

Ressource supplémentaire

Partie F : Cadre de counseling : REDI—point de discussion supplémentaire

Dans la présentation du cadre de counseling REDI, les formateurs devront expliquer aux participants que le cadre est un outil de counseling visant à aider les clientes à penser à leur propre situation et à examiner toute décision concernant les soins médicaux devant être offerts, ainsi que de les guider aussi bien dans la prise de décision que dans sa mise en œuvre. Cependant, certaines clientes de la fistule traumatique sont composées de fillettes et de jeunes adolescentes qui peuvent ne pas être en mesure de comprendre entièrement leur condition médicale et/ou les décisions qu'elles doivent prendre. Dans de tels cas, un parent ou tuteur pourra prendre les décisions au nom de l'enfant. Les conseillers socio-psychologiques peuvent utiliser le même cadre REDI en discutant des options et des décisions avec le parent ou le tuteur des jeunes clientes.

Retourner à la page 132 du curriculum de formation de la fistule obstétricale – Partie F : Activité 2.

Session 6

Counseling de la cliente de la fistule traumatique

La Session 6 du document intitulé *Counseling de la cliente souffrant de la fistule obstétricale* présente une vue d'ensemble du counseling et offre un plan détaillé du processus de counseling des clientes de la fistule. Cependant, le counseling peut être particulièrement intensif lorsque les clientes ont vécu des événements traumatiques atroces pouvant mener à des situations difficiles dans lesquelles les conseillers socio-psychologiques vont jusqu'à se demander à quoi bon choisir une telle profession parfois pleine de défis à relever.

Pour intégrer les informations sur la fistule traumatique dans cette session, il faudra se référer aux éléments suivants contenus dans le présent supplément (tel qu'indiqué dans les instructions des cases rose du curriculum de formation de la fistule obstétricale) :

- Vue d'ensemble de la Session 6 équivalent : Objectifs de la Session, Points à retenir, Méthodes de formation, Matériels et préparation préalable (pages 104 à 107)
- Ressource supplémentaire : Supplément 6A : Résolution des problèmes que font face les clientes de la fistule traumatique (pages 108 à 111)
- Document supplémentaire 6-a : Qu'est-ce que le counseling ? (pages 112 à 115)
- Document supplémentaire 6-b : Qualités d'un véritable conseiller socio-psychologique (pages 116 et 117)
- Ressource supplémentaire : Supplément 6B : Counseling des clientes de la fistule traumatique (questions psychosociales) (pages 118 à 121)
- Document supplémentaire 6-c : Stratégies de counseling pour le traitement des réactions émotionnelles à la violence sexuelle (pages 122 à 124)
- Ressource supplémentaire : Partie A—Points de discussion supplémentaire (page 125)
- Document supplémentaire 6-d : Préparation de la cliente de la fistule traumatique pour l'examen physique initial (pages 126 et 127)
- Document du participant équivalent 6-e : Vue d'ensemble de l'accueil clinique (pages 128 à 138)
- Document du participant équivalent 6-i : Vue d'ensemble de la sortie et du suivi (pages 139 à 141)
- Document supplémentaire : Partie B, Activité 3 - Conseil pour la formation (page 142)
- Ressources supplémentaire : Partie C, Activité 4—Points de discussion supplémentaire (page 143)

Vue d'ensemble de la Session 6 équivalent

Session 6 Vue d'ensemble de la Session

Objectifs de la session

À la fin de cette session, les participants devront être en mesure de faire ce qui suit :

- *Décrire* :
 - Le but du counseling des clientes de la fistule à chaque étape de la prestation de service
 - Les informations devant être fournies aux clientes à chaque étape de la prestation de service
 - Les préoccupations et besoins de la cliente avant, pendant et après l'opération
 - Les questions psychologiques qui vont être abordées pendant le counseling de la cliente de la fistule traumatique
 - Les besoins unique de counseling des clientes ayant des besoins spéciaux (i.e., les clientes qui sont très jeunes, les plus âgées, les séropositives, les handicapées physiques, mentales ou les déficiences mentales/ayant des troubles de croissance).
- *Examiner* :
 - Le counseling dans le cadre des services existants pour les femmes atteintes de fistule
 - Les défis et les avantages des clientes de la fistule traumatique
- *Démontrer* :
 - Comment créer un environnement propice pour discuter des besoins et préoccupations des clientes
 - Le counseling à chaque étape de la prestation de services, en utilisant les compétences en communication pour répondre aux besoins des clientes à travers les jeux de rôle.
 - Le counseling des femmes ayant des besoins spéciaux

POINTS À RETENIR

- ✓ Toute personne entrant en contact avec une cliente dans une structure de santé a un rôle à jouer en faisant de sorte que la cliente se sente plus à l'aise.
- ✓ Il existe six étapes de prestation de service :
 - Le premier contact
 - L'accueil clinique
 - La prise en charge préopératoire
 - La prise en charge périopératoire
 - La prise en charge postopératoire
 - La sortie et le suivi
- ✓ Les besoins émotionnels et d'information de la cliente et ceux du personnel de la structure de santé chargé des soins sont différents à chaque étape de la prestation des services.
- ✓ Le counseling de la cliente de la fistule :
 - Insiste sur le fait d'aider les individus à faire des choix et à gérer les émotions liées à leur situation
 - Va au-delà de simplement donner des faits, permettant aux clientes d'appliquer ces informations à leurs situations particulières, et de faire des choix éclairés
 - Inclut une discussion sur les sentiments et préoccupations, parce qu'ils sont nécessaires pour le choix de la cliente notamment en matière de comportement sexuel, de santé de la reproduction et de fertilité.
- ✓ Une cliente de la fistule aura besoin de ce qui suit :
 - Des informations et une éducation actualisées sur la fistule et les soins connexes, qui devraient être partagées par les prestataires en utilisant un langage que la cliente comprend, et des messages simples et clairs
 - Le soutien affectif
 - Une gestion clinique de qualité
- ✓ Counseling des victimes de la violence sexuelle :
 - Il s'agit d'une discussion sur les sentiments et les préoccupations nécessaires pour aider les clientes à se concentrer sur la gestion de leurs émotions par rapport à leur situation
 - Permet aux clientes d'appliquer les informations à leur propre situation
- ✓ L'approche de la prise en charge clinique dépendra de l'état physique de la femme à l'arrivée, de l'existence d'une quelconque autre maladie, du type et de la classification de la fistule.
- ✓ Les femmes peuvent avoir des besoins spéciaux de counseling sont notamment, les femmes plus jeunes, les femmes âgées, les femmes séropositives, les femmes physiquement handicapées et les femmes qui ont des problèmes de croissance ou une déficience mentale.
- ✓ Le suivi et les soins après la sortie sont essentiels pour une bonne réinsertion sociale et pour la guérison.

Méthodes de formation

- Présentation/discussion
- Remue-méninges
- Jeu de rôle

Matériels

- Tableau-papier, chevalet, marqueurs et ruban adhésif
- Tableaux de papier pour les études de cas de la cliente (à partir de la Session 4)
- Tableaux de papier intitulés « Prise en charge des sentiments de la cliente » pour chaque cliente (préparés pour la Session 4)
- Transparent 6-A : Exemple de « carte » pour la révision structurée des services offerts à la cliente pour l'étude de cas
- Document 10-A : Exemple de Guides d'apprentissage pour le counseling
- Note : Utiliser les documents de la Session 10 en tant que transparents.
- Document supplémentaire 6-a : Qu'est-ce que le counseling ?
- Document supplémentaire 6-b : Qualités d'un véritable conseiller socio-psychologique
- Document supplémentaire 6-c : Méthodes de counseling pour le traitement des réactions émotionnelles à la violence sexuelle
- Document du participant 6-A : Etapes de prestation de services
- Document du participant 6-B : Counseling de la cliente souffrant de la fistule obstétricale
- Document supplémentaire 6-d : Préparation de la cliente de la fistule traumatique pour l'examen physique initial
- Document du participant 6-C : Etapes de counseling de la cliente de la fistule obstétricale
- Document du participant 6-D : 10 Conseils pour l'amélioration des services de counseling pour les clientes de la fistule obstétricale
- Document équivalent du participant 6-e : Vue d'ensemble sur l'accueil clinique
- Document du participant 6-F : Vue d'ensemble sur l'admission et la gestion préopératoire
- Document du participant 6-G : Vue d'ensemble sur l'intervention chirurgicale
- Document du participant 6-H : Vue d'ensemble sur la gestion postopératoire (les 14 premiers jours après l'opération)
- Document équivalent du participant 6-i : Vue d'ensemble sur la sortie et le suivi
- Document du participant 6-J : Fiche de renseignement sur la sortie
- Document du participant 6-K : Counseling des clients ayant des besoins spéciaux
- Supports pour les jeux de rôle, tels que les documents sur l'éducation des clientes, une couverture, un rideau, des teintures, des échantillons ou images d'équipements pour la fistule ou d'autres matériels pouvant être utilisés pour que les jeux de rôle soient plus proches de la réalité
- Caméra vidéo et télévision ou moniteur (*facultatif*)

Préparation préalable

1. Préparer un tableau de conférence listant les objectifs de la session
2. Réviser tous les documents et faire une copie de chaque pour chaque participant.
3. Préparer six tableaux de conférence comportant les titres suivants reflétant chaque étape des soins de la fistule :
 - Accueil
 - Admission
 - Période préopératoire
 - Période périopératoire
 - Période postopératoire
 - Sortie
4. Préparer les tableaux-papier avec les titres suivants :
 - « Besoins et préoccupations - Contact Initial »
 - « Besoins et préoccupations – Accueil clinique »
 - « Besoins et préoccupations - Admission au pavillon et période préopératoire »
 - « Besoins et préoccupations – Période périopératoire »
 - « Besoins et préoccupations – Période postopératoire »
 - « Besoins et préoccupations - Réparation réussie : Sortie et suivi »
 - « Besoins et préoccupations - Réparation non réussie : Sortie et suivi »
 - « Evaluation de la bonne volonté de la cliente à parler »
 - « Création d'un environnement favorable à la discussion »
 - « Les femmes ayant des besoins spéciaux »
5. Préparer la salle de sorte que chaque groupe puisse s'asseoir près de son étude de cas et tableaux papier comportant les sentiments respectifs.
6. Rassembler le matériel et préparer la salle pour la pratique des jeux de rôle.
7. Mettre en place la caméra et télévision vidéo ou l'écran (facultatif).

Durée (totale) de la session : 6 heures, 25 minutes, to 7 heures, 50 minutes

Aller à la page 151 du curriculum de formation de la fistule obstétricale – Session 6 : Etapes de la formation.

Ressource supplémentaire

Supplément 6A

NOTE AUX FORMATEURS

Le supplément 6A a pour but d'aider les participants à réfléchir sur leurs expériences en matière de counseling, à exprimer clairement leurs propres forces et faiblesses, et à se rappeler eux-mêmes le fait de discuter des sentiments et pensées personnels avec une personne que l'on ne connaît pas nécessairement très bien, ou une personne que l'on connaît déjà très bien. (L'on peut se sentir mal à l'aise dans toutes les deux situations). Le but est d'amener les participants à se concentrer sur les techniques visant à aider les clientes à être sûre d'elles-mêmes de la même façon que les conseillers et à se sentir à l'aise au moment de partager les informations personnelles et parfois douloureuses de leurs expériences.

Partie A : Résolution des problèmes liés au counseling des clientes de la fistule traumatique

Durée : 55 minutes

Activité 1: Mise en train (15 minutes)

1. Répartir les participants en groupes plus petits composés de 4 à 5 participants par groupe.
2. Donner une feuille du tableau papier et un marqueur à chaque groupe.
3. Demander à chaque participant de penser à un moment dans leur vie où ils ont cherché à voir quelqu'un pour être conseillé concernant une question qui était importante pour eux et de rédiger sur une feuille de carnet une brève définition de ce que le terme « counseling » signifie pour eux dans une telle situation.
4. Demander aux participants dans chaque groupe de partager ce qu'ils ont rédigé avec les autres membres de leurs groupes et en discuter brièvement.
5. En utilisant le tableau-papier, demander à chaque groupe de donner une définition simple du mot counseling et incluant autant que possible des concepts clé contenus dans les définitions de chacun.
6. Demander à un membre de chaque groupe de présenter la définition du groupe au reste des participants.
7. Animer une discussion sur les similitudes, les différences et les points clé à travers les définitions.

8. Fournir à chaque participant une copie du document supplémentaire 6-a intitulé : qu'est-ce que le counseling ?
9. Réviser les points clé dans ce document en observant les similitudes et/ou différences par comparaison aux définitions données par les petits groupes.

CONSEIL POUR LA FORMATION

En un moment donné, presque chacun a été soit conseillé ou fourni un counseling, ou tous les deux à la fois, de manière formelle ou informelle. Tout le monde a une idée de ce qui est en pratique, et pourtant, en faire une définition peut représenter un défi. Les participants peuvent avoir des compréhensions différentes du terme counseling selon leurs propres expériences. Au cours de cet exercice, il faudra se concentrer sur les ressemblances concernant la compréhension du mot counseling par les participants et se référer fréquemment aux points clé suivants pour aider à orienter la discussion :

- Le counseling des victimes de la violence sexuelle se fait en discutant des sentiments et préoccupations des clientes parce qu'ils sont importants à leur choix et rétablissement sur le plan affectif.
- Le counseling insiste sur le fait d'aider les individus à faire des choix et à gérer leurs émotions par rapport à leur situation.
- Le counseling va au-delà juste de faire état des faits en permettant aux clientes de mettre en pratique les informations par rapport à leurs situations particulières et de faire des choix éclairés.

Il faudra rappeler également qu'une définition du terme counseling a été fournie dans la Session 3 (Document 3-A) comme suit : « Le processus par lequel l'on aide une cliente à confirmer ou à prendre des décisions éclairées et volontaires par rapport aux soins individuels qui lui sont offerts. »

Activité 2 : Discussion par pair et par groupe (20 minutes)

1. Demander aux participants de réfléchir individuellement sur les questions suivantes et d'écrire leurs réponses personnelles sur une feuille du bloc-notes.

Questions :

- Pour quelles raisons je veux faire le counseling ?
- Qu'est-ce que je gagne en aidant les autres ?
- Comment est-ce que mes intérêts ou besoins personnels pourraient-ils affecter mon aptitude à aider les autres ?
- Quels sont les qualités que je possède et qui peuvent être utiles pour aider les autres ?
- Quelles sont mes faiblesses pouvant réduire ma capacité d'aider les autres ?

2. Demander aux participants de faire équipe avec une autre personne qui n'est pas assise directement près d'eux. Tous les participants devront se mettre par paires.
3. Dire aux participants que chacun d'entre eux aura suffisamment de temps pour discuter leurs réponses à ces questions.
4. Demander aux participants de réfléchir sur le fait de partager avec les autres personnes toutes leurs réponses aux questions ci-dessus, ou s'ils ne veulent discuter que sur certaines questions dépendant de la manière dont ils se sentent à l'aise pour discuter chacun des points.
5. Demander aux participants de discuter des questions (certaines ou de l'ensemble) avec l'autre personne dans leur équipe pendant les 10 prochaines minutes.
6. 10 minutes après, rassembler les participants en un grand groupe et demander à ceux qui veulent discuter toutes les réponses de lever leurs mains. Compter le nombre de personnes qui ont fait de la sorte et puis demander à ceux qui ne veulent pas discuter toutes les questions de faire la même chose.
7. Animer une brève discussion sur les points suivants :
 - L'importance d'être en mesure d'expliquer clairement les raisons de faire ce type de travail et les difficultés éventuelles en identifiant ces raisons par rapport à sa propre personne.
 - Les limites que nous avons tous au moment de divulguer des informations personnelles, et même concernant des sujets qui paraissent très « normaux »
 - Les points clé découlant des discussions : Qu'est-ce que les participants ont appris sur eux-mêmes ? Pourquoi veulent-ils faire ce genre de travail ? Quels sont les facteurs personnels pouvant les aider et les empêcher d'être des véritables conseillers socio-psychologiques ?

Adapté de : FNUAP, 2005.

CONSEIL POUR LA FORMATION

Comme il sera traité plus tard dans la Session 10, le counseling est un travail *intensif*, particulièrement lorsque les clientes ont vécu des événements traumatisant de manière atroce. Les conseillers socio-psychologiques peuvent aller jusqu'à se demander pourquoi ils ont choisi un métier souvent plein de défis, tellement ils passent des moments difficiles avec les clientes. Le présent exercice peut les aider à réfléchir sur ce qu'ils ont tiré de leurs expériences en matière de counseling, les aidant ainsi à se rappeler des moments difficiles. Cela peut également aider les prestataires à exprimer clairement leurs propres forces et faiblesses. Enfin et surtout, cet exercice vise à rappeler aux conseillers le fait de discuter des sentiments et pensées personnels avec une personne que l'on ne connaît pas nécessairement très bien, ou avec une personne que l'on connaît déjà très bien. (L'on peut se sentir mal à l'aise dans toutes les deux situations). A travers l'exercice sur les aptitudes en communication dans la session 5 et les exercices dans la partie B de la session 6, les participants insisteront sur les techniques visant à aider les clientes à être sûres d'elles-mêmes de la même façon que les conseillers et à se sentir à l'aise au moment de partager les informations personnelles et parfois douloureuses de leurs expériences.

Activité 3 : Jeu de mémoire (20 minutes)

1. Demander aux participants de former un grand cercle.
2. Demander à chacun d'inscrire sur une feuille de papier cinq qualités d'un conseiller efficace ou d'un autre prestataire de services qui les avait aidés dans le passé et qu'ils ont connu par la suite à travers leur boulot.
3. Demander à un volontaire de partager avec le groupe une des qualités qu'ils ont notées en disant : « Une qualité d'un conseiller efficace est... »
4. Demander à la personne assise à droite (à gauche) du premier participant de continuer en disant : « Deux qualités d'un véritable conseiller sont... » (la qualité identifiée par le premier participant et puis celle indiquée par le deuxième).
5. Continuer le processus avec la personne assise près du second participant, etc., jusqu'à ce que quelqu'un oublie l'ordre des qualités mentionnées.
6. Recommencer avec la personne qui a oublié l'ordre, et faites dire à celle-ci : « Une qualité d'un véritable conseiller efficace est... » (Note : Le participant devra identifier une nouvelle qualité qu'aucune autre personne dans le groupe n'a encore mentionnée ; il n'est pas permis de répéter les qualités, mais les participants peuvent regarder dans leur liste les cinq qualités qu'elles ont écrit au commencement de l'exercice).
7. Continuer avec le prochain participant et ainsi de suite, jusqu'à ce que chaque participant ait eu la chance d'identifier une nouvelle qualité qu'ils pensent qu'un conseiller socio-psychologique devrait avoir.
8. Distribuer le Document supplémentaire 6-b : Qualités d'un véritable conseiller socio-psychologique.

Source: Introduction to engagement skills techniques; en: FHI, FHI, RHRC Consortium, et IRC, pas de date.

CONSEIL POUR LA FORMATION

Au fur et à mesure que les participants se rappellent de chacune des caractéristiques d'un interlocuteur qui sait écouter, inscrire chacune d'elles sur une feuille de votre carnet afin de pouvoir résumer chacun des points et les comparer ensemble avec le Document 6-B en tant que groupe.

Lorsque vous terminez avec cette activité, continuer l'exercice à la page 118 du présent document : Supplément 6B.

Document supplémentaire

Document supplémentaire 6-a

Qu'est-ce que le counseling ?

Le counseling est un processus visant à aider un individu à identifier les problèmes, à examiner les solutions potentielles et à aider à prendre les meilleures décisions (EngenderHealth Society, 2006, Section 3: The Elements of Counseling, p. 75). En fin de compte, c'est un processus qui aide les clientes à confirmer ou à prendre des décisions éclairées et volontaires concernant leurs soins individuels.

Caractéristiques de la fistule

Le counseling :

- Insiste sur le fait d'aider les individus à faire des choix et à gérer les émotions liées à leur situation
- Va au-delà de la simple présentation des faits en permettant aux clientes d'appliquer les informations à leurs situations particulières et de faire des choix éclairés
- Implique une discussion sur les sentiments et préoccupations, car ceux-ci sont pertinents pour les choix de la cliente, en particulier concernant le comportement sexuel, la santé de la reproduction et la fertilité

Le counseling implique toujours une communication bidirectionnelle entre la cliente et le prestataire, dans laquelle chacun consacre du temps à discuter, à écouter et poser à des questions.

Qu'est-ce que le counseling ?

Le counseling est une interaction bidirectionnelle entre une cliente et un prestataire de soin de santé pour évaluer et répondre à l'ensemble des besoins sanitaires de la cliente, ses connaissances et préoccupations sans tenir compte du type de service sanitaire que le prestataire offre ou du genre de service de soins sanitaire que la cliente recherche.

Dans le counseling intégré de la santé sexuelle et reproductive, les rôles et responsabilités du prestataire sont les suivants :

- Aider les clientes à évaluer leurs propres besoins pour une variété de soins sanitaires, d'informations et de soutien
- Fournir les informations appropriées par rapport aux problèmes et besoins identifiés par la cliente
- Aider les clientes dans la prise de décisions volontaires et éclairées
- Aider les clientes à développer les compétences dont elles auront besoin pour appliquer ces décisions

Adapté de : EngenderHealth. 2003. Comprehensive counseling for reproductive health: An integrated curriculum—Participant handbook [Counseling globale pour la santé de la reproduction : Un curriculum intégré – Manuel du Participant]. New York. Page 9.

Note: Toute personne entrant en contact avec une cliente dans une structure de santé à un rôle à jouer pour aider la cliente à se sentir plus à l'aise. Bien que certains membres du personnel n'aient pas reçu une formation officielle en counseling (par exemple, les gardiens, les commis, et les réceptionnistes), ils peuvent et devraient être orientés vers les questions touchant les clientes de la fistule traumatique.

Besoins particuliers de counseling de la cliente de la fistule traumatique

Information/Education : Les prestataires devront se partager des informations et des enseignements actualisés sur la fistule traumatique et les soins apparentés, et ce dans un langage que la cliente comprend, et en utilisant des messages simples et clairs. Une cliente de à fistule traumatique aura besoin d'informations pour :

1. Comprendre la cause de la fistule (pour dissiper les mythes ou idées fausses) afin de pouvoir participer à sa gestion.
2. Comprendre son type de fistule, et le degré et l'étendue de sa blessure, de préférence avec l'aide d'un diagramme.
3. Comprendre les risques de grossesse non désirée et la transmission éventuelle du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles (IST) et les possibilités de prévention apparentées (si la cliente s'est rendue à la clinique en temps voulu)
4. Comprendre la portée du traitement et les taux de réussite, les risques et avantages

5. Être informée sur la possibilité d'une réparation de la fistule
6. Comprendre les résultats possibles du traitement
7. Comprendre les effets physiques éventuels du trauma et du stress causés par la violence sexuelle
8. Comprendre son propre rôle dans la gestion de son état
9. Avoir des instructions claires concernant les périodes préopératoires et postopératoires
10. Comprendre l'importance de son hygiène personnelle
11. S'engager dans des groupes de soutien aux clientes au sein de la structure
12. Accéder aux histoires de réussite de la fistule
13. Comprendre les complications éventuelles de la période préopératoires et postopératoires
14. Comprendre les questions de santé de la reproduction et de droits sexuels (y compris la planification familiale) pouvant l'affecter
15. Comprendre son potentiel de fertilité après le traitement
16. Comprendre les options si toutefois la réparation est impossible ou non réussie
17. Comprendre comment prendre soin d'elle-même après l'opération, notamment comment maintenir une bonne nutrition, réparer ses propres repas, et assurer une bonne hygiène personnelle
18. Comprendre le besoin de s'abstenir de rapports sexuels et d'éviter d'introduire tout objet dans son vagin pendant au moins trois mois après la chirurgie de réparation de la fistule
19. Comprendre comment prendre soin d'elle et connaître l'endroit approprié pour les soins lors des grossesses ou accouchements ultérieurs (par exemple, la nécessité d'aller dans une structure pour son prochain accouchement)
20. Utiliser ses propres connaissances et expérience pour convaincre les autres clientes de la fistule et les victimes de la violence sexuelle à se rendre au niveau des structures
21. Contacter les organisations communautaires travaillant avec les femmes atteintes de la fistule et/ou victimes de la violence sexuelle, et s'engager dans des activités génératrices de revenus et les possibilités d'accès à l'éducation

Le soutien émotionnel : Les conseillers devront s'assurer que la cliente de la fistule traumatique :

1. Sent qu'elle est la bienvenue et qu'elle est en sécurité dans la structure
2. Voie son intimité et sa confidentialité préservées
3. Se sent à l'aise avec le personnel et les autres clientes de la structure.
4. Se sent à l'aise en parlant de ses sentiments, préoccupations, problèmes et besoins
5. Sent qu'elle est forte

6. Voie ses craintes dissipées
7. Est consciente que ses sentiments, préoccupations, problèmes et besoins ont été pris en charge
8. Est suffisamment soutenue (sur le plan affectif, physique et matériel) avant et après la réparation, quel que soit le résultat de l'opération
9. Comprend qu'elle n'est pas la seule personne dans cette situation
10. Comprend qu'elle n'est pas responsable de sa situation
11. Possède des compétences d'adaptation pour gérer la dépression ou d'autres conséquences émotionnelles de la fistule traumatique

La gestion clinique : Les systèmes de santé devront s'assurer que les clientes atteintes de fistule traumatique disposent :

1. D'un accès facile aux services de santé
2. D'un accès rapide à un traitement/une réparation chirurgicale de qualité concernant la fistule traumatique
3. De soins dispensés avec empathie et amour.
4. De prestataires de soins de santé bien formés et compétents.
5. De soins infirmiers de qualité.
6. De l'assurance qu'elles seront traitées avec respect, que leur confidentialité et leur intimité seront assurées, et qu'elles seront considérées comme des partenaires au cours des leurs soins et leur traitement
7. De soins de qualité pour traiter des situations de comorbidité aussi bien avant qu'après l'opération (par ex., la physiothérapie, [au besoin], un régime spécial [le cas échéant, pour se préparer à la chirurgie, etc.]
8. D'un accès à des groupes de soutien aux clientes au sein d'une structure donnée
9. D'un accès à des organisations communautaires d'auto-assistance, le cas échéant
10. D'un accès à des services de suivi de qualité après la sortie
11. D'un accès à des services de soins traumatiques d'urgence (avant et après une réparation réussie)
12. D'un accès aux autres services de santé sexuelle et de santé de la reproduction après la réparation, notamment les services de planification familiale.

Adapté à partir de : The ACQUIRE Project and EngenderHealth. 2005. *Report of fistula counseling experts' meeting: March 29 & 30, 2005, Kampala, Uganda*. New York; et EngenderHealth Society. 2006. *Adherence to treatment for HIV: A training curriculum for counselors. Participant manual*. New Delhi.

Document supplémentaire

Document supplémentaire 6-b

Qualités d'un conseiller efficace

Un counseling efficace est une composante importante de l'expérience de traitement réussi pour les clientes de la fistule traumatique. Dans le milieu hospitalier ou clinique, le counseling pourrait se faire par une variété d'individus, notamment le personnel en psychologie, les travailleurs sociaux, les infirmières et les docteurs. Les leaders religieux, les professionnels dans le domaine des services juridiques et de protection ainsi que le personnel du programme communautaire, sont également interpellés pour conseiller les femmes et les filles ayant souffert de la violence sexuelle. Sans tenir compte de la description du travail, toute personne impliquée dans la réponse des besoins de la patiente de la fistule traumatique doit être un conseiller efficace afin d'aider chaque cliente à comprendre son état, son choix et la manière de se préparer pour les prochaines étapes.

Qu'est-ce qu'un conseiller efficace?

Concernant le soutien aux femmes et aux enfants souffrant de la fistule traumatique, la plupart des qualités d'un conseiller efficace sont identiques à celles des conseillers des victimes de la violence sexuelle et sexospécifique en général. Un conseiller véritable est « ... **une confidente en qui on a confiance, qui écoute, rassure et accepte la victime ; il l'oriente dans ses choix et décisions, le cas échéant, les mesures qu'elle doit prendre ; et plaide pour elle au cas où elle a besoin ou nécessite une telle assistance** » (Vann, 2002).

Les caractéristiques d'un conseiller efficace :

- Il doit être loyal/sincère, compréhensif, compatissant et patient
- Il crée une atmosphère d'intimité, de respect et de confiance
- Il doit être neutre : il aide dans le choix et ne porte pas de jugements aux décisions des personnes
- Il doit être un bon communicateur : il s'engage dans le dialogue ou dans les discussions ouvertes
- Il doit être digne de confiance (i.e., donne des informations précises)
- Il doit être à l'aise en parlant de la violence sexuelle, de la fistule traumatique et des questions apparentées, notamment la santé sexuelle et de la reproduction en général, et les préoccupations sanitaires spécifiques telles que les grossesses non désirées et le VIH
- Il doit aider la cliente à exprimer ses besoins et préoccupations
- Il parle lentement et avec une voix douce
- Il présente les messages dans un langage clair et simple (un langage que la cliente peut comprendre)
- Il pose des questions à l'interlocuteur pour s'assurer qu'il/elle comprend
- Il aide la cliente à identifier les obstacles et l'aide à les surmonter

Adapté de : EngenderHealth Society, 2006.

Les caractéristiques d'un conseiller mauvais :

- Il interrompt la conversation (par exemple, pour rencontrer d'autres personnes ou répondre au téléphone)
- Il fait le counseling en présence d'autres personnes (sans consentement)
- Prend des décisions à la place des clientes
- Ne respecte pas la confidentialité
- N'est pas douée pour la communication non verbale (il détourne les yeux et fronce les sourcils, etc.)
- Il manque de connaissances et/ou est mal à l'aise en parlant de la fistule traumatique, de la violence sexuelle, des grossesses non désirées, du VIH et du SIDA, et des autres questions de santé sexuelle et de santé de la reproduction
- Il est difficile à comprendre
- Il ne pose pas de questions et indique à la personne ce qu'elle doit faire
- Il est impatient
- Il est impoli

Adapté de : EngenderHealth Society, 2006.

Références

EngenderHealth Society. 2006. Section 3: The Elements of Counseling. In *Adherence to treatment for HIV : A training curriculum for counselors. Participant manual*. New Delhi, pp. 75–87.

Vann, B. 2002. Defining counseling, in *Gender-based violence: Emerging issues in programs serving displaced populations*. Arlington, VA: JSI Research and Training Institute (on behalf of the Reproductive Health for Refugees Consortium), p. 69.

Ressource supplémentaire

Supplément 6B

Partie B : Counseling des clientes de la fistule traumatique (Questions psychosociales)

NOTE AUX FORMATEURS

Le supplément 6B contient une paire d'activités que les formateurs peuvent utiliser pour aider les participants à réfléchir sur ce qu'ils doivent dire aux clients au cours des sessions de counseling, en insistant sur le fait d'aider les clientes à comprendre leur émotions. Le personnel de la structure qui assiste les femmes et les filles ayant la fistule traumatique a besoin de comprendre la variété de réactions émotionnelles qu'elles peuvent avoir et les messages clé qu'il doit donner aux clientes pour mieux les aider en ce moment précis.

Durée : 55 minutes

CONSEIL POUR LA FORMATION

Les différents prestataires assistant à la présente formation travaillent probablement dans différents types de milieux cliniques et ont différents accès aux ressources financières et humaines nécessaires pour le counseling psychosocial des clientes de la fistule traumatique et des autres victimes de la violence sexuelle. Certains cliniques ou hôpitaux disposent d'un département spécial doté d'un personnel composé de professionnels chargé de faire le counseling des victimes de la violence sexuelle, tandis que dans d'autres situations, un nombre réduit du personnel doivent tous participer dans le travail sans tenir compte d'une formation préalable et d'un accès aux ressources. Les activités suivantes ont pour but d'orienter les prestataires de services vers les principaux types de counseling de l'individu pouvant être requis par leurs clientes. Les prestataires peuvent également trouver des opportunités appropriées de mener des activités de counseling en groupe et/ou groupe de soutien pour les clientes de la fistule traumatique. L'on en a discuté plus amplement à la session 9, mais cela dépendra de la situation et peut nécessiter des compétences supplémentaires en matière de facilitation sociale. La manière dont ils peuvent faire un tel travail d'ores et déjà, ou ont l'intention de le faire dans le futur varie considérablement et dépend de la manière dont les services sont actuellement élaborés.

Activité 1 : Mise en train (10 minutes)

1. Demander aux participants de faire équipe avec les personnes assises à leur droite (ou à leur gauche).
2. Distribuer trois fiches et trois paquets de ruban adhésif à chaque pair de participants.
3. Demander à chaque pair de discuter des termes « psycho », « social », et « psychosocial » et de s'accorder sur un terme qu'ils pensent mieux représenter la signification de ces mots.
4. Un des partenaires de l'équipe devra écrire le mot « psycho » sur une fiche, « social » sur une seconde fiche et « psychosocial » sur une troisième fiche. Au verso de chacune de ces fiches, demander aux participants d'écrire le mot qu'ils ont identifié pour représenter le concept.
5. Cinq minutes après le remue-méninge par pairs, dire aux participants de coller leurs fiches sur le tableau-papier approprié.
6. Examiner la collection des mots par catégorie en animant une discussion de groupe sur la signification de ces trois termes. Essayer de rassembler les mots et les concepts dans la mesure du possible.
7. Résumer la session en comparant les résultats avec les descriptions suivantes des termes « psycho », « social » et « psychosocial » :
 - Psycho : renvoie au fonctionnement « de la partie interne » de l'individu – c'est-à-dire, le fonctionnement psychologique de l'individu
 - Social : se rapporte aux facteurs du « monde externe » qui influencent l'individu
 - Psychosocial : se réfère au bien-être et aux fonctions psychologiques de l'individu (la partie interne) en rapport avec son environnement social (la partie externe)

(Adapté de : FNUAP, 2005)

CONSEIL POUR LA FORMATION

Le but de cette activité est d'aider les participants à réfléchir sur les termes utilisés tous les jours dans leur travail. Les concepts clé sont plus importants qu'une définition spécifique, et il est essentiel que les participants ne se laissent pas distraire en discutant des détails les plus fins d'une définition ou d'une autre. Il faudra orienter la discussion de manière à intégrer les idées des participants dans les concepts clés présentés dans l'Etape 1 ci-dessus.

Activité 2 : Discussion en petit groupe et présentation (45 minutes)

1. Accrocher les tableaux-papier préparés ayant chacun une grille avec deux colonnes et 2 à 3 lignes régulièrement espacées où les émotions (se référer à l'Étape 3 ci-dessous) sont inscrites horizontalement (voir le Document supplémentaire 6-c).
2. Répartir les participants en groupes composés d'environ cinq personnes.
3. Attribuer à chaque groupe un nombre égal de sujets à partir de la liste suivante. (Il s'agit de réactions émotionnelles courantes à la violence sexuelle qui ont été déjà identifiées dans la Session 4).
 - Peur
 - Angoisse/chagrin
 - Colère
 - Repli sur soi et isolement
 - Impuissance
 - Dénégation/négation
 - Culpabilité et sentiment de responsabilité
 - Honte et sentiment de grossièreté
 - Manque de confiance en soi
 - Changement d'humeur
 - Manque d'estime de soi
 - Dépression
 - Flash-backs
 - Cauchemars
4. Demander aux participants de discuter chacun de ces symptômes et de réfléchir sur les stratégies qui peuvent être utilisées dans un cadre psychosocial pour aider les clientes à comprendre ces types de sentiments et pourquoi elles sont en train de le vivre.
5. Environ 20 minutes après, consacrer ce qui reste du temps au remplissage des tableaux dessinés auparavant sur le tableau de conférence préparé. Demander à chaque groupe de partager leurs pensées et idées concernant les stratégies de counseling pour chacun de ces symptômes.
6. Distribuer le Document 6-C : Stratégies de counseling pour faire face aux réactions émotionnelles à la violence sexuelle.

CONSEIL POUR LA FORMATION

Le fait d'aider les clientes à s'exprimer et à parler de leurs émotions constitue une première étape leur permettant de comprendre ce qui leur est arrivé sur le plan psychosocial. Les formes de guérison et de rétablissement varient dépendant des personnes, et les stratégies de soutien actuel sont décrites quelque part dans le présent curriculum. A travers cet exercice, il faudra aider les participants à réfléchir sur leur conversation avec les clientes au cours des séances de counseling en faisant de sorte que les clientes comprennent leurs émotions. Il faudra également expliquer que les clientes peuvent avoir ou décrire ces réactions émotionnelles à tout moment lors de la prestation de services. Il est nécessaire que tout le personnel contribuant à l'assistance des femmes et des filles ayant la fistule traumatique comprenne l'éventail de réactions émotionnelles qu'elles peuvent avoir et les messages clé devant être donnés aux clientes pour mieux les aider en ce moment précis.

CONSEIL POUR LA FORMATION

Bien que la plupart des clientes de la fistule traumatique soient des femmes, la violence sexuelle extrême affecte également les jeunes filles. Les besoins en counseling des jeunes filles et des adolescentes sont différents de ceux des femmes. De plus, le counseling des jeunes filles qui ont été violées change au fur et à mesure qu'elles grandissent et deviennent mûres. Ce qu'une enfant peut ne pas comprendre en étant jeune, elle pourra le concevoir de manière différente lorsqu'elle grandit ; par conséquent, ses besoins en counseling peuvent changer au fil du temps. Le Document 6-C fournit quelques indications sur les stratégies de counseling pour les jeunes filles et les adolescents, ainsi que pour les femmes. Au cours des discussions dans cet exercice, il faudra aborder cette question avec les participants et les inciter à réfléchir sur les besoins des clientes à des âges différentes.

Aller à la page 151 du curriculum de formation de la fistule obstétricale – Partie A : Vue d'ensemble sur le counseling.

Document supplémentaire

Document supplémentaire 6-c

Stratégie de counseling pour aborder le problème des réactions émotionnelles à la violence sexuelle

Les adultes et les enfants peuvent avoir une variété de réactions émotionnelles à la violence sexuelle pouvant mener à des situations sanitaires dans lesquelles ils vivent. La liste suivante de réactions émotionnelles et de stratégies de counseling est basée sur des matériels de formation élaborés par le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) en République démocratique du Congo pour l'initiative conjointe de prévention de la violence sexuelle et la réponse aux droits et besoins des victimes/survivant(e)s (FNUAP, 2005. *Module de formation des prestataires: volet psycho-social*. Pour L'initiative conjointe de prévention des violences sexuelles et de réponses aux droits et besoins des victimes/survivant(e)s. Kinshasa, DRC).

Adultes

Réactions émotionnelles	Stratégies
Peur	Aider la cliente à s'assurer qu'elle est dans les meilleures conditions de vies possibles. Considérer que le fait d'avoir peur est légitime pour la survivante et aider la à développer des stratégies pouvant lui donner de l'espoir afin de reprendre une vie normale.
Chagrin/ennuis	Informers les survivantes des causes et manifestations du chagrin et des ennuis, et trouver des stratégies pour gérer ces réactions, notamment les techniques de relaxation, l'activité physique, les distractions et la méditation spirituelle. .
Colère	Aider la survivante à exprimer sa colère dans un endroit où elle est entièrement en sécurité. Dire que la colère est une réaction normale et justifiable. Aider la survivante à trouver des manières positives et sûres d'exprimer sa fureur et son hostilité envers l'agresseur/les agresseurs et la société en général, et de transformer cette énergie en un changement personnel et socialement durable. .
Repli sur soi et isolement	Rappeler à la survivante que tout ce qu'elle dira ainsi que les services qui lui sont offerts resteront dans la plus grande confidentialité. Aider la cliente à trouver des groupes de soutien et d'autres milieux où elle pourra partager ses expériences sans aucun risque à sa sécurité. Encourager la survivante à raconter son histoire à d'autres victimes afin qu'elle sache qu'elle n'est pas la seule dans cette situation. Il faudra toujours avoir une attitude compréhensive et respectueuse en communiquant avec les clientes qui se sont repliées sur elles-mêmes ou qui cherchent à s'isoler..
Impuissance	Aider la cliente à penser à sa propre situation concernant les différentes décisions qu'elle doit prendre et la manière dont elle a été capable de se sauver. Insister davantage sur le fait qu'elle soit une rescapée et qu'elle soit capable d'être très résistante pour faire face aux difficultés qu'elle rencontre en ce moment.

(suite)

Adultes (Suite)

Réactions émotionnelles	Stratégies
Dénégation/négation	Expliquer à la survivante que tout incident de violence sexuelle a des conséquences graves et il est important de reconnaître ce qui s'est passé afin de pouvoir bénéficier du soutien approprié.
Culpabilité et reproche de soi	Faire savoir à la survivante que les hommes, les femmes et les enfants courent tous le risque d'être des victimes de violence sexuelle et qu'en aucun cas cela n'a jamais été la faute de la victime. L'agresseur/les agresseurs est/sont plutôt à blâmer. Il n'y a rien que la victime ait pu faire pour provoquer ou justifier une attaque. Il faudra insister sur le fait que l'agresseur est entièrement coupable.
Honte et sentiment de grossièreté	Aider la survivante à parler de l'agression et à attribuer la responsabilité et tout sentiment de honte à l'agresseur.
Manque de confiance en soi	Aider la survivante à regagner la confiance en soi en lui rappelant que le fait d'échapper à ce genre d'agression démontre sa force et sa grande détermination.
Changement d'humeurs	Informar la survivante du fait que le changement d'humeur après une telle expérience est une chose normale. Il s'agit d'une réaction compréhensible du trauma. Il faudra la rassurer en lui faisant comprendre que ces genres de réactions et de changements d'humeur vont diminuer graduellement et que la plupart des problèmes associés à l'agression seront résolus avec le temps.
Manque d'estime de soi	Attirer l'attention de la survivante sur les caractéristiques positives qu'elle peut utiliser pour surmonter les effets de cette rude épreuve.
Dépression	Aider la survivante à reprendre sa vie en main en l'obligeant à exprimer tout embarras et toute colère envers l'agresseur/les agresseurs, ainsi qu'à l'égard de la communauté concernant cette expérience.
Flash-backs	Faire savoir à la survivante que les flash-backs sont une manifestation du trauma qui ne sont ni irréversibles, ni un signe de démence, mais plutôt une réaction naturelle qui va diminuer au fil du temps. Au cas où elle a des flash-backs au cours de la séance de counseling, il faudra lui demander de respirer profondément. Il est bon de lui rappeler qu'en ce moment précis, elle se rappelle l'incident, et qu'elle n'est pas en train de le revivre. Demander à la survivante de bien regarder autour d'elle enfin de s'assurer de l'endroit où elle se trouve, et rappeler qu'elle est dans un lieu où rien ne peut lui arriver et où personne ne peut lui faire du mal. Inciter la survivante à parler des flash backs et/ou faire des sketches décrivant ce qui s'est passé au cours des flash backs.
Cauchemars	Faire savoir à la survivante que les cauchemars vont diminuer au fil du temps à mesure que le processus de guérison continue. Encourager-la à parler de ses cauchemars.

Enfants et jeunes

Age	Signes de trauma	Stratégies
Bébé/jeune enfant (0 à 5 ans)	<ul style="list-style-type: none"> • Pleure beaucoup • Est toujours effrayé ou triste • S'accroche à sa mère • Fait des cauchemars et/ou ne dort pas • Toujours hyperactif ou inactif • A des problèmes de croissance 	<ul style="list-style-type: none"> • Prendre l'enfant fréquemment et le rassurer de manière régulière • Encourager l'enfant à dessiner et à parler de ce qui s'est passé • Aider la à s'exprimer en jouant seule et avec les autres • Inciter les parents à contrôler leurs émotions • Encourager les récréations
Enfant (6 à 12 ans)	<ul style="list-style-type: none"> • Pleure beaucoup • Il est toujours effrayé ou triste • S'adonne à des jeux agressifs ou sexuels (par exemple, le fait de jouer le soldat et d'attaquer un autre enfant) • A peur de dormir dans l'obscurité • Devient muet ou développe des troubles de l'alimentation • Régresse • A des maladies intestinales et/ou des maux de tête 	<ul style="list-style-type: none"> • Prendre l'enfant fréquemment et le rassurer de manière régulière • Encourager l'enfant à dessiner et à parler de ce qui s'est passé • Aider la à parler de tout cauchemar ou flash-back • Eviter de la réprimander si elle mouille le lit, et expliquer pourquoi cela est arrivé et que si elle continue à parler de ce qui s'est passé et du moment où elle se sent en sécurité, ce phénomène va probablement cesser • Aider l'enfant à comprendre la signification de ce qui est arrivé (à travers une éducation psychosociale, une thérapie cognitive) • Favoriser les récréations
Adolescent (13 à 18 ans)	<ul style="list-style-type: none"> • Ne veut pas parler de ses sentiments • Se sent coupable du fait d'avoir survécu alors que les autres sont morts • A l'intention de se venger • Fait des cauchemars • Est dépressif • Pleure et/ou se sent préoccupées • Refuse de manger 	<ul style="list-style-type: none"> • Ecouter attentivement l'enfant et assurer la que vous avez le temps d'écouter • Aidez-la à parler des cauchemars et des flash-backs • Encouragez-la à décrire ses sentiments et craintes • Apprendre à l'enfant les techniques de relaxation • Organiser des échanges d'expérience entre les clientes si possible et le cas échéant • Encourager sa participation aux activités sportives, à la danse, aux marches, à la musique, la prière et à la méditation spirituelle ; encourager les jeux

Document supplémentaire

Partie A : Vue d'ensemble du counseling – Activité 2 : Points supplémentaires pour la discussion

La partie A de la présente section intitulée *Counseling de la cliente souffrant de la fistule obstétricale* a pour but d'aider les participants à spécifier les informations devant être fournies et à imaginer les émotions que les clientes de la fistule pourront probablement ressentir à chaque étape de leur examen clinique. Il est important de se rappeler que les femmes et les jeunes filles ayant vécu l'expérience de la violence sexuelle peuvent trouver certains aspects de la consultation médicale initiale et/ou les procédures de traitement de la fistule particulièrement bouleversantes.

Vu le fait que chaque individu va réagir de manière différente à l'expérience, les prestataires doivent être conscients du fait qu'en plus de la gêne sur le plan physique que la victime de la violence sexuelle peut ressentir au cours de l'examen pelvien, l'expérience peut évoquer des associations ou souvenirs de l'incident du viol pouvant mener à un **nouveau traumatisme** psychologique. Il se peut que la victime réagisse de la sorte :

- Résister à l'examen
- S'agiter de manière nerveuse ou présenter d'autres symptômes physiques de peur
- Devenir hostile

Rappeler aux participants que pour éviter de faire plus de mal à la cliente et afin de pouvoir la traiter entièrement, il est préférable de lui fournir un counseling efficace à travers une communication ouverte durant tout le processus et de la reconforter en lui rappelant ses droits de confidentialité, d'intimité et de dignité.

Inviter les participants à discuter des moyens de s'assurer que les services offerts aux survivantes de la violence sexuelle ne conduisent pas au traumatisme à nouveau à n'importe quelle étape des soins.

Distribuer et discuter brièvement du Document supplémentaire 6-d intitulé : Préparation de la cliente de la fistule traumatique à l'examen physique initial, un matériel qui fournit des informations supplémentaires sur la façon dont les prestataires de soins de santé peuvent assurer les droits des clientes au cours de l'examen initial.

Retourner à la page 152 du curriculum de formation de la fistule obstétricale – Partie A : Activité 2, Etape 3.

Document supplémentaire

Document supplémentaire 6-d

Préparation de la cliente de la fistule traumatique à l'examen physique initial

Les indications suivantes sont adaptées de : l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR). 2004. *Clinical management of rape survivors : Developing protocols for use with refugees and internally displaced persons—Revised ed.* Genève. p. 9 et p. 33.

Une personne qui a été violée souffre d'un traumatisme et peut être dans un état d'agitation et de dépression. Elle a souvent un sentiment de peur, de culpabilité, de honte et de colère ou toute autre combinaison de ces sentiments. Le travailleur de la santé devra la préparer et obtenir son consentement éclairé pour l'examen et devra faire la consultation de manière compatissante, systématique et complète.

Préparation de la survivante à l'examen :

- Faire les présentations.
- S'assurer qu'une personne de soutien formée ou un travailleur de la santé qualifié et du même sexe accompagne la survivante au cours de l'examen.
- Expliquer ce qui va se passer à chaque étape de l'examen, pourquoi c'est important, qu'est-ce que ça va vous indiquer et comment ça va influencer les soins que vous allez offrir.
- Rassurer la survivante qu'elle a le contrôle du rythme, de la durée et des composantes de l'examen.
- Rassurer la survivante que les résultats de l'examen seront confidentiels à moins qu'elle décide de porter accusation contre l'agresseur/les agresseurs.
- Demander si elle a des questions à poser.
- Demander si elle veut qu'une personne particulière soit présente pour la soutenir. Essayer de le lui demander quand elle est seule.
- Examiner le formulaire de consentement avec la survivante. Il faudra s'assurer qu'elle comprend tous les détails et expliquer qu'elle peut refuser tout aspect de l'examen qu'elle ne souhaite pas subir. Expliquer qu'elle peut même effacer les références à ces aspects contenus dans le formulaire de consentement. Une fois sûr qu'elle a compris tout le contenu du formulaire, il faudra demander de le signer. Si elle ne sait pas écrire, prendre son empreinte ainsi que la signature d'un témoin.
- Limiter le nombre de personne autorisé à entrer dans la salle au cours de l'examen au minimum nécessaire.
- Faire l'examen le plus tôt possible.
- Éviter de forcer ou de faire pression à la survivante pour qu'elle fasse quelque chose contre sa volonté. Expliquer qu'elle peut refuser de subir certaines étapes de l'examen à tout moment durant le processus.

Préparation de l'enfant victime pour l'examen :

- Comme pour l'examen de l'adulte, une personne de soutien ou un travailleur de la santé qualifié en qui l'enfant a confiance devra être dans la salle de consultation avec vous.
- Encourager l'enfant à poser des questions concernant toute chose qui l'intéresse ou qu'il/elle ne comprend pas à tout moment au cours de l'examen.
- Expliquer ce qui va se passer au cours de l'examen en utilisant des termes que l'enfant peut comprendre.
- Avec une préparation adéquate, la plupart des enfants seront en mesure de se relaxer et de participer à l'examen.
- Il se peut que l'enfant ne puisse pas se relaxer à cause des **douleurs**. Si c'est le cas, donner du paracétamol ou autres médicament antidouleur et attendre qu'ils prennent effet.
- Ne jamais restreindre ou forcer un enfant effrayé ou résistant pour effectuer un examen. La contention et la violence font souvent partie de l'abus sexuel et si elles sont utilisées par ceux qui sont prétendus aider, cela augmentera la crainte et l'anxiété de l'enfant et l'impact psychologique de l'abus deviendra pire.
- Il est utile d'avoir une poupée à portée de main pour démontrer les procédures et les positions. Montrer à l'enfant les équipements et fournitures tels que les gants, les tampons, etc. et permettre à l'enfant de les utiliser sur la poupée.

Document équivalent

Document du participant 6-E

Vue d'ensemble de l'accueil clinique

L'accueil clinique des clientes de la fistule traumatique doit traiter aussi bien les aspects sanitaires de l'incident/des incidents du viol en général que le diagnostic et plan de traitement de la fistule. Les observations documentées lors de l'accueil clinique, ainsi que les résultats de laboratoire constituent une partie importante de la preuve médico-légale pouvant être utilisée par une cliente si elle décide de porter l'affaire en justice.

La vue d'ensemble de l'accueil clinique traite aussi bien la question du viol que de la fistule. La première partie qui insiste sur l'anamnèse inclut des points en rapport avec la violence sexuelle, la fistule et la santé générale de la reproduction. Elle est divisée en deux parties dont la première se concentre sur les informations devant être documentées sur les incidents/l'incident de la violence sexuelle connu(s) par la cliente, et la deuxième qui insiste sur les antécédents médicaux de la cliente. Au cas où la cliente a déjà fourni des informations complètes sur le viol au cours des premières discussions avec un travailleur social ou un autre membre du personnel, cette partie pourrait être sautée et/ou utilisée uniquement pour combler tout espace important concernant les informations requises pour aider dans l'examen physique. Il est important de ne pas demander à la cliente de parler de son expérience à plusieurs reprises avec un personnel différent, car chaque nouvelle version peut être difficile pour elle sur le plan émotionnel et peut la traumatiser de nouveau. Les critères de diagnostic de la fistule vésico-vaginale et recto-vaginale basés sur l'anamnèse sont également fournis.

La partie soulignant l'examen physique est aussi divisée en deux sections. La première traite du trauma général lié au viol pouvant être utilisée aussi bien pour assurer la réponse globale des besoins de la victime de viol sur le plan physique que pour obtenir des preuves médico-légales. La deuxième partie aborde plus particulièrement la question du diagnostic de la fistule. Les critères de diagnostic de la fistule vésico-vaginale et recto-vaginale basés sur l'examen physique sont également fournis. Les sections abordant les questions des tests de laboratoire et explications, discussions et consentement contiennent aussi bien les problèmes liés à la violence sexuelle que ceux en rapport avec la fistule.

Les indications suivantes sont adaptées des normes internationales. Les prestataires devraient se familiariser avec tout protocole existant sur le plan national et effectuer tout changement nécessaire sur ces indications.

L'anamnèse

Antécédents médicaux

- L'âge, la parité et les antécédents obstétricaux
- Tout antécédent d'excision
- Nombre d'enfants et leur sexe, les dates d'accouchement, et leur état actuel
- Antécédents menstruels (dernière période menstruelle et si oui ou non la cliente voyait ses règles au moment de l'incident)

- Signe de grossesse
- Début et durée des symptômes d'incontinence urinaire ou fécale
- Problème de démarche ou de mobilité, le cas échéant
- Antécédents médicaux et chirurgicaux, y compris les allergies, le cas échéant
- Les personnes dispensant actuellement des soins à la cliente et après l'opération
- Antécédent matrimonial et social, notamment tout problème découlant de la fistule et/ou du viol

Information requises concernant l'incident/les incidents de la violence sexuelle

- Type de violence physique (par ex., raclée, morsure, le fait de tirer les cheveux, etc.) et emplacement au niveau corps
- Utilisation de contrainte et/ou d'armes
- Drogues/alcool utilisés
- Type de pénétration (vaginale, anale, orale) et avec la chose utilisée (pénis, arme, bris de bouteille, couteau, bâton, etc.)
- Ejaculation par un ou plusieurs agresseurs ; si c'est le cas, voir l'emplacement (anal, vaginal, oral)
- Après l'incident, vérifier si oui ou non la survivante a vomis, uriné, déféqué, ou s'est brossée les dents, a rincé la bouche, changé ses habits, a pris un bain ou s'est douchée, ou a utilisé un tampon ou une serviette hygiénique

Adapté de : l'OMS et le UNHCR, 2004.

Critères diagnostiques de la fistule vésico-vaginale :

Au cours de l'anamnèse d'une cliente, avoir en tête que la qualité du diagnostic préliminaire devra être améliorée si un ou la majeure partie des critères descriptifs suivants sont utilisés :

- Certaines clientes font état d'une exacerbation pendant l'activité physique. (Cela peut conduire à un diagnostic erroné de l'incontinence urinaire d'effort.)
- Si la fistule est de petite taille, la fuite peut être intermittente, selon la distension de la vessie ou de l'activité physique.
- Certaines clientes peuvent se plaindre de pertes vaginales ou d'hématurie.
- S'il y a une implication urétérale concomitante, la cliente peut ressentir des symptômes non spécifiques tels que la fièvre, les frissons, les douleurs lombaires, ou des symptômes gastro-intestinaux causés par une infection des reins.

Critères diagnostiques de la fistule recto-vaginale :

Au cours de l'anamnèse d'une cliente, avoir en tête que la qualité du diagnostic préliminaire devra être améliorée si un ou la majeure partie des critères descriptifs suivants sont utilisés :

- Certaines rares clientes ne présentent aucun symptôme.
- La plupart des clientes signalent des flatulences ou des passages de selles à travers le vagin.

- Des clientes peuvent signaler des symptômes découlant de vaginite ou d'une cystite, tels que les pertes vaginales ou une miction fréquente et douloureuse.
- Parfois, un écoulement vaginal nauséabond se développe, mais des selles évidentes pourraient ne pas être constatées provenant du vagin, à moins que la patiente n'ait la diarrhée.
- La cliente clinique pourrait également développer une incontinence fécale due aux lésions du sphincter anal.

Examen physique

L'examen physique de la cliente peut être effectué par le conseiller, mais seulement si cela fait partie de sa formation et de ses responsabilités professionnelles. Le consentement et la préparation de la femme pour l'examen physique sont aussi importants que l'opération. La plupart des femmes sont effrayées et ont besoin d'être rassurée et qu'on leur explique les raisons pour lesquelles l'examen ou la procédure est en train d'être effectué et à quoi elles s'attendent également. Pour de plus amples informations, il faudra se référer au document sur « Préparation de la cliente de la fistule traumatique à l'examen physique initial » (page 126).

L'examen physique devra couvrir l'état général de la femme, ainsi que toute affection associée à la fistule. Il devra inclure :

- La vérification des signes vitaux
- L'observation des signes éventuels de malnutrition ou d'anémie
- La légère palpation de l'abdomen

Examen physique du trauma du viol (General)

Les indications suivantes sont fournies pour permettre à la cliente de recevoir une évaluation globale adéquate du trauma physique associé au viol et constituent un moyen de documenter de manière appropriée toute preuve médico-légale de l'agression. Ce qui suit constitue quelques indications plus spécifiques concernant l'examen physique de la fistule.

Comme l'ont indiqué l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR) en 2004 :

Un examen médico-légal a pour but de rassembler les preuves pouvant aider à prouver ou à réfuter une relation entre les individus et/ou entre les personnes et les objets ou les milieux. Les preuves médico-légales peuvent être utilisées pour appuyer l'histoire de la survivante, confirmer un contact sexuel récent, démontrer que la force et la coercition ont été utilisées et éventuellement identifier l'agresseur. La collecte et le stockage des preuves médico-légales sont essentiels pour la réussite de la survivante dans la poursuite du redressement judiciaire. Un examen minutieux devra être effectué par rapport aux mécanismes existants du redressement judiciaire et à la capacité locale d'analyse des spécimens au moment de déterminer si oui ou non un examen médico-légal est nécessaire pour la survivante. Les exigences et la capacité des laboratoires locaux pour analyser la preuve devront être examinées.

L'examen physique pour le traumatisme provoqué par un viol récent est renforcé à travers l'utilisation d'une trousse de prélèvement dans les cas de viol comportant tous les équipements et fournitures nécessaires pour la collection des preuves médico-légales. La trousse devra inclure au minimum (OMS et UNHCR, 2004) :

- Un spéculum (de préférence en plastique, jetable et uniquement de taille pour adulte)
- Un mètre à ruban pour mesurer la taille des ecchymoses, des déchirures, etc.
- Des sacs en papier pour la collection des preuves
- La bande perforée pour plomber et étiqueter les contenants/sacs
- Les fournitures de précautions universelles (des gants, une boîte pour l'évacuation sûre des objets contaminés et pointus, du savon)
- Matériel de réanimation
- Instruments médicaux stériles (trousse) pour la réparation des déchirures et du matériel pour suture
- Aiguilles, seringues
- Une robe, une étoffe ou un drap pour couvrir la survivante au cours de l'examen
- Fournitures hygiéniques (serviettes hygiéniques ou tissu locale)
- Médicaments nécessaires pour le traitement des infections sexuellement transmissibles (IST) selon le protocole de pays
- Contraceptif orale d'urgence et/ou dispositif intra-utérin cuprifère
- Anesthésique local pour les sutures
- Antibiotiques pour le soin des plaies
- Fiche médicale avec des pictogrammes
- Les formulaires de consentement
- Brochures de renseignements pour les soins de la survivante après le viol
- Un espace sûr et fermé pour le classement dans lequel les dossiers sont conservés pour assurer la confidentialité

Les indications suivantes ont été adaptées de *Clinical management of rape survivors [Prise en charge clinique des survivantes de viol]*, élaborées par l'OMS et l'UNHCR (2004). Il est conseillé que la présente référence soit consultée pour de plus amples informations en plus de tout protocole local.

- Bien que les clientes de la fistule traumatique ne recherchent pas de services pendant plusieurs mois ou même des années après avoir été violées, il est essentiel de recueillir toute preuve le plus tôt possible après l'incident au cas où il s'est produit récemment.
- Examiner systématiquement le corps de la cliente en commençant soit par la moitié supérieure ou inférieure du corps afin de lui permettre d'avoir une partie de son corps couverte pendant que l'examen est en cours. (Eviter de demander à la cliente de se déshabiller complètement à tout moment, car cela pourrait l'obliger à se sentir vulnérable et émotionnellement affligée). Rechercher les marques visibles de traumatisme qui correspondent avec votre connaissance de l'expérience de la survivante (par ex., les contentions situées à des endroits spécifiques, les marques de contrainte, les morsures, les égratignures, etc.) et enregistrer vos observations en spécifiant l'emplacement, la couleur, la taille et la forme de toute marque ou plaie.
- Si la cliente est venue pour obtenir des services juste après le viol, recueillir les échantillons de tout matériel étranger sur le corps ou les vêtements de la survivante (par ex., sang, salive, sperme), les produits du raclage sous les ongles, les cheveux de l'agresseur/des agresseurs, les prélèvements des

marques de morsure, etc., en accord avec les protocoles locaux de collecte des preuves. Il faudra également vérifier les vêtements de la femme pour voir s'ils sont déchirés ou tachetés et pour trouver tout autre matériel tels que les herbes, les feuilles ou du sable.

- Effectuer un examen des parties génitales de la cliente, de l'anus et du rectum conformément aux protocoles locaux de collecte des preuves et relever sur la fiche d'examen l'emplacement et la description de toute déchirure, écorchure et contusion.
- Au cas où le viol s'est produit après une longue période de telle sorte qu'un des éléments susmentionnés serait guéris, vérifier toute cicatrisation visible.
- Vérifier les signes de grossesse.
- Consigner toute observation dans les dossiers de la cliente—qui doivent être gardés dans un lieu sûr et entièrement confidentiel—et dans un certificat médical que la cliente pourra emporter avec elle conformément aux protocoles locaux.

Indications spécifiques pour l'examen des enfants

Faire l'examen dans le même ordre que celui des adultes. Ce qui suit constitue quelques considérations particulières pour les enfants :

- Noter l'âge, la taille et le stade pubertaire de l'enfant. Demander aux filles si elles ont commencé à voir leurs règles. Si c'est le cas, elles peuvent courir le risque de tomber enceinte.
- Les enfants très petits peuvent être examinés sur les genoux de leurs mères. Les enfants plus âgés peuvent choisir entre s'asseoir sur une chaise ou sur les genoux de leur mère, ou se coucher sur le lit.
- Vérifier l'hymen de l'enfant en tenant les lèvres situées à la paroi postérieure entre l'index et le pouce et tirer *doucement* en avant et en arrière. Noter l'emplacement de toute déchirure récente ou guérie dans l'hymen et la muqueuse vaginale. Le volume du tissu de l'hymen et la taille de l'orifice vaginale ne sont pas des indicateurs sensibles de pénétration.
- *Eviter* d'effectuer un toucher vaginal (i.e., le fait d'introduire les doigts dans le l'orifice vaginale pour mesurer sa taille).
- Vérifier l'existence de leucorrhée. Chez les filles pré pubertaires, les prélèvements vaginaux peuvent être effectués à l'aide d'un écouvillon stérile sec.
- *Eviter* d'utiliser un spéculum pour examiner une fille pré pubertaire ; c'est extrêmement douloureux et peut causer des blessures graves.
- Un spéculum peut être utilisé *uniquement* si l'on soupçonne une blessure vaginale et des saignements causés par la pénétration. Dans ce cas, un examen à l'aide du speculum chez un enfant pré pubertaire est souvent effectué sous anesthésie générale. Dépendant du milieu, il se peut que l'enfant soit renvoyé en consultation pour obtenir des soins de plus haut niveau.
- Tous les enfants, filles et garçons devront subir aussi bien un examen anal que génital. Examiner l'anus en mettant l'enfant en décubitus dorsal ou en position latérale. Eviter la position genu-pectorale comme le font les agresseurs la plupart du temps.
- Enregistrer l'emplacement de toute fissure ou déchirure sur le pictogramme.

- La dilation anale réflexe (ouverture de l'anus sur traction latérale au niveau des fesses) peut indiquer la pénétration anale mais aussi la constipation.
- *Eviter* d'effectuer un toucher anal pour évaluer le tonus du sphincter anal.

Adapté de : l'OMS et le UNHCR, 2004.

Examen physique pour la fistule traumatique

- Evaluation de la faiblesse des membres de la cliente, de la démarche ou mobilité anormale, ou des contractures
- Au cours de l'inspection des parties génitales, examiner la vulve, le vagin, le périnée et les cuisses pour détecter tout signe tels que :
 - L'inflammation cutanée/la dermatite ammoniacale
 - L'excoriation ou l'ulcération du périnée et des cuisses
 - L'infection cutanée
 - La contamination fécale
 - L'excision, l'épisiotomie, ou les déchirures
- Réalisation d'un examen par le toucher et avec l'utilisation du spéculum¹ (soit au cours de l'examen physique ou pendant la période préopératoire à la discrétion du chirurgien) afin de détecter :
 - Toute autre anomalie pelvienne ou déchirure périnéale
 - La présence ou l'absence de l'utérus
 - La présence de tissu nécrotique pouvant nécessiter une ablation
 - La présence et la gravité de tissu cicatriciel vaginal
 - L'emplacement et le nombre de fistules et la taille approximative de chaque défaut circonférentiel
 - Toute implication de l'urètre
 - La présence, l'emplacement et la taille de toute fistule recto-vaginale (FVR) et la présence de cicatrices, l'implication anale, et la sténose
 - La présence de calculs de la vessie²

Critères de diagnostic pour la fistule vésico-vaginale

Au cours de l'anamnèse d'une cliente, avoir en tête que la qualité du diagnostic préliminaire devra être améliorée si un ou la majeure partie des critères descriptifs suivants sont utilisés :

- Après un accouchement difficile, les clientes se plaignent généralement d'écoulement urinaire continu indolore. Ces signes se présentent habituellement dans les trois premiers jours suivant un accouchement dystocique, mais ce phénomène peut se produire aussi tardivement que sept jours après.

1 *Note* : Pour l'examen au speculum, certains chirurgiens placent la femme dans une position latérale- gauche exagérée.

2 Si l'on suspecte la présence de calculs dans la vessie, le diagnostic peut être effectué en introduisant une petite sonde métallique ou une sonde utérine à travers l'urètre ; cependant, certains chirurgiens préfèrent procéder ainsi au moment de l'opération, à cause de l'éventuel inconfort pour la patiente sans la sédation.

- Certaines clientes font état d'une exacerbation pendant l'activité physique. (Cela peut conduire à un diagnostic erroné de l'incontinence urinaire d'effort.)
- Si la fistule est de petite taille, la fuite pourrait être intermittente, selon la distension de la vessie ou l'activité physique.
- Certaines clientes peuvent se plaindre de pertes vaginales ou d'hématurie.
- S'il y a une implication urétérale concomitante, la cliente pourrait avoir des symptômes non spécifiques tels que la fièvre, les frissons, les douleurs lombaires, ou des symptômes gastro-intestinaux causés par une infection des reins.

Critères diagnostiques de la fistule recto-vaginale :

- La plupart des clientes signalent le passage de flatulences ou de selles à travers le vagin.
- Des clientes peuvent signaler des symptômes découlant de vaginite ou d'une cystite, tels que les pertes vaginales ou une miction fréquente et douloureuse.
- Parfois, un écoulement vaginal nauséabond se développe, mais des selles évidentes pourraient ne pas être constatées provenant du vagin, à moins que la patiente n'ait la diarrhée.
- La cliente clinique pourrait également développer une incontinence fécale due aux lésions du sphincter anal.

Tests de laboratoire

Dépistage

Le prestataire de soins de santé peut faire les tests suivants afin d'écartier d'autres anomalies et de formuler un plan de traitement approprié :

- Le test de grossesse si indiqué ou disponible (OMS et UNHCR, 2004)
- Le dépistage des IST en utilisant les prélèvements du vagin et de l'anus, notamment le test rapide de la réagine plasma (RPR) pour le syphilis ou pour tout test rapide des établissements de soins ; le colorant de gram et la culture pour la gonorrhée; la culture ou le dosage immunoenzymatique (ELISA) pour la Chlamydia ou tout test rapide aux points de services ; la préparation humide pour la trichomonase ; et le test de VIH (uniquement sur une base facultative et après le counseling) (OMS et UNHCR, 2004)
- Le test de l'hémoglobine, de la falciformation et de la détermination de groupes sanguins
- Le test des selles pour détecter les parasites
- Une urographie intraveineuse, particulièrement pour les femmes atteintes de fistule urétéro-vaginale apparente ou ayant une forte implication d'une fistule vésico-vaginale/du col vésical
- L'analyse des urines et la culture pour écartier toute infection coexistant des voies urinaires
- L'urémie, l'électrolyte et la créatinine pour évaluer la fonction rénale
- Faire la numération globulaire pour écartier toute infection systémique
- Une préparation humide pour les infections vaginales
- Le dépistage des IST
- L'état vaccinal (vérification des dossiers si disponible) ; (toute vaccination nécessaire devra être administrés en ce moment précis)

D'autres tests pour la fistule vésico-vaginale (effectués à la discrétion du chirurgien) comprennent :

- La cystoscopie pour voir la fistule et évaluer son emplacement par rapport aux uretères et trigone, s'assurer de la perméabilité urétérale bilatérale, et exclure les corps étrangers (ou pose de suture) dans la vessie
- Une biopsie du trajet de la fistule et une cytologie urinaire, particulièrement chez les patientes suspectées de tumeurs malignes urogénitales
- Des études radiologiques avant la réparation chirurgicale d'une fistule vésico-vaginale pour évaluer pleinement la fistule, et exclure la présence de fistules multiples
- Une pyélographie intraveineuse pour exclure la fistule urétéro-vaginale concomitante ou une obstruction urétérale
- Un fistulogramme ciblé, si un traitement conservateur (comportant la gestion expectante, le drainage continu de la vessie, la fulguration, ou la thérapie par occlusion de fibrine) est à recommander.

D'autres tests pour la FRV (effectués à la discrétion du chirurgien) sont les suivants:

- L'endoscopie flexible (sigmoïdoscopie ou coloscopie) peut être effectuée pour évaluer pleinement la possibilité d'une maladie inflammatoire de l'intestin.
- Lorsque la maladie inflammatoire de l'intestin se trouve dans le diagnostic différentiel, une endoscopie avec biopsie doit précéder toute approche opératoire de la fistule, car le traitement dépend du diagnostic.

Tests de dépistage pour les enfants

Le test pour les IST doit être effectué au cas par cas et il est fortement recommandé dans les situations suivantes (OMS, 2003) :

- L'enfant présente des signes et symptômes d'IST.
- L'on est conscient que l'agresseur suspecté développe une IST ou a des risques élevés de développer des IST.
- Il existe une prévalence élevée d'IST dans la communauté.
- L'enfant ou le parent doit être testé.

(Adapté de : l'OMS et le UNHCR, 2004, pp. 34–35)

Dans certains cadres, le dépistage de la gonorrhée et de la chlamydia, de la syphilis et du VIH est effectué chez tous les enfants qui ont probablement été violés. La présence d'une de ces infections peut être le diagnostic du viol (s'il n'est pas probable que l'infection ait été acquise pendant la période périnatale ou à travers la transfusion sanguine) (AAP Committee on Child Abuse and Neglect, 1999). Suivre votre protocole local.

Explication, discussion et consentement

Une fois que les résultats de l'examen préliminaire sont disponibles, le conseiller devra expliquer à la femme (à son partenaire et à sa famille, si possible et si la femme le souhaite) tous les aspects en utilisant un langage, des termes et des aides visuelles simples concernant les options de traitement, les détails de

l'opération, la période postopératoire, et les éventuelles séquelles à long terme. L'implication du partenaire et de la famille dans la divulgation de ces informations et dans la prise de décision va probablement accroître leur soutien à la femme après l'opération et pendant les grossesses futures.

La femme et son conjoint, ou sa famille, pourraient avoir besoin d'un peu de temps pour examiner les différentes options avant de prendre une décision. Si la femme choisit de subir l'opération, son consentement éclairé pour la procédure devra être obtenu et officiellement enregistré. Il est important que la femme prenne la décision elle-même et qu'elle donne son consentement librement.

Classification

Les fistules sont classées de deux façons : (1) selon leur classification chirurgicale, et (2) selon le degré éventuel de difficulté de leur réparation (OMS, 2006). Toutes les deux classifications sont basées sur le degré d'implication ou non du mécanisme de fermeture, car ceci a des conséquences sur la technique opératoire et le pronostic de la réparation.

La *classification chirurgicale* se réfère au type de réparation chirurgicale qui pourrait être nécessaire. **En principe**, la technique opératoire devient de plus en plus complexe en fonction du type, allant du type I au type IIBb. Le même principe s'applique à la classification par la taille de la fistule, qui varie de petite à grande.

Classification des fistules par type de chirurgie requise selon leur emplacement anatomique/physiologique

Type	Emplacement
Type I	Fistule n'impliquant pas le mécanisme de fermeture
Type II	Fistule impliquant le mécanisme de fermeture
	A Sans implication sous totale de l'urètre
	a. Sans défaut circonférentiel
	b. Avec défaut circonférentiel
	B Avec implication sous totale de l'urètre
	a. Sans défaut circonférentiel
	b. Avec défaut circonférentiel
Type III	Divers (par exemple, la fistule urétérale et autre fistule exceptionnelle)

Sous classification de la fistule selon la taille

Petite	<2 cm
Moyenne	2–3 cm
Grande	4–5 cm
Etendue	6 cm ou plus

Source : Waaldijk, K. 1995.

Les cas de fistule sont aussi répartis en deux catégories selon le degré de difficulté anticipée de la réparation :

- Fistule simple/avec un bon pronostic, pouvant être réparée par des chirurgiens bien formés et compétents pour entreprendre des opérations de fistules simples
- Fistule compliquée/avec un pronostic incertain, qui nécessite un renvoi en consultation et une réparation par un chirurgien expert de la fistule

Degré de difficulté anticipé de la réparation de différentes sortes de fistule

Critère de définition	Critère de définition	Critère de définition
Nombre de fistules	Unique	Multiple
Emplacement	Fistule vésico-vaginale (FVV)	Fistule recto-vaginale (FRV), FVV/FRV, implication du col de l'utérus
Taille (diamètre)	<4 cm	≥4 cm
Implication de l'urètre/du mécanisme de la continence	Absente	Présente
Cicatrisation du tissu vaginal	Absente	Présente
Présence de défaut circonferentiel (complète séparation de l'urètre et de la vessie)	Absente	Présente
Degré de perte de tissu	Minimale	Etendue
Implication de l'uretère/de la vessie	Uretère dans la vessie, ne se vidant pas dans le vagin	Uretère se vidant dans le vagin, la vessie peut contenir des calculs
Nombre de tentatives de réparation	Aucune tentative antérieure	Tentatives antérieures non réussies

Source : OMS, 2006.

Sources

American Academy of Pediatrics (AAP) Committee on Child Abuse and Neglect. 1999. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children : subject review. *Pediatrics* 103(1) : 186–191.

Bello, K. [Pas de date.] A selection of essays: Vesicovaginal fistula (VVF): Only to a woman accursed. International Development Research Center. Se référer au lien suivant : www.idrc.ca/en/ev-28382-201-1-DO_TOPIC.html, July 12, 2006.

EngenderHealth et Averting Maternal Death and Disability (AMDD) Program. 2004. *Obstetric fistula: A needs assessment in Ghana and Rwanda: Expanding our knowledge*. Se référer au lien suivant : www.engenderhealth.org/files/pubs/maternal-health/ghana-rwanda-fistula-assessment.pdf/.

EngenderHealth/Bangladesh. 2005. Onsite curriculum for counseling women living with obstetric fistula. Unpublished curriculum. Dhaka.

Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) et EngenderHealth. 2003. *Obstetric fistula needs assessment report: Findings from nine African countries*. New York.

Kohli, N., et Miklos, J. R. [Pas de date.] Managing vesico-vaginal fistula. Women's Health and Education Center. Retrieved from <http://womenshealtheducation.net/content/uogvfvf/uogvfvf002.php3>, 12 juli 2006.

Mabeya, H. M. 2004. Characteristics of women admitted with obstetric fistula in the rural hospitals in West Pokot, Kenya. Geneva Foundation for Medical Education and Research. Se référer au lien suivant : www.gfmer.ch/Medical_education_En/PGC_RH_2004/Obstetric_fistula_Kenya.htm, 12 juli 2006.

Mahendeka, M. 2004. The management of vesico- and/or recto-vaginal fistulae at Bugando Medical Centre, Mwanza, Tanzania, East Africa: A retrospective study. Geneva Foundation for Medical Education and Research. Se référer au lien suivant : www.gfmer.ch/Medical_education_En/PGC_RH_2004/mahendeka_review.htm, 12 juli 2006.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2003. *Guidelines for the management of sexually transmitted infections, revised version*. Genève (WHO/RHR/01.10).

OMS. 2006. *Obstetric fistula : Guiding principles for clinical management and programme development*. Genève.

OMS et Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiées (UNHCR). 2004. *Clinical management of rape survivors : Developing protocols for use with refugees and internally displaced persons—Revised ed*. Genève.

Le projet ACQUIRE et EngenderHealth. 2005. *Report of fistula counseling experts' meeting: March 29 & 30, 2005, Kampala, Uganda*. New York.

Riley, V. J. 2006. Vesicovaginal fistula. *E-Medicine*. Se référer au lien suivant : www.emedicine.com/med/topic3321.htm, 12 juli 2006.

Vasavada, S. 2006. Vesicovaginal and ureterovaginal fistula. *E-Medicine*. Se référer au lien suivant : www.emedicine.com/Med/topic3092.htm, 12 juli 2006.

Waldijk, K. 1995. Surgical classification of obstetric fistula. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 49(2):161–163.

Document alternative

Document du participant 6-I

Vue d'ensemble de la sortie et du suivi

La cliente devrait être conseillée et assistée de la manière suivante :

- Identifier et établir des contacts avec des groupes communautaires travaillant avec des survivantes de la violence sexuelle.
- Identifier et établir des contacts avec des groupes communautaires travaillant avec des femmes ayant des fistules
- Planifier une visite de suivi et s'assurer qu'elle dispose des moyens nécessaires et de transport pour revenir pour la visite.
- Planifier une visite à domicile des infirmières de la communauté si possible et disponible.
- Reconnaître les signes d'alerte possibles, et élaborer un plan de préparation aux complications.

Complications après la réparation

Complications précoces

- Complications anesthésiques :
 - Découlant des médicaments administrés : problèmes liés au dosage ; réaction allergique aux médicaments
 - Découlant de la procédure d'anesthésie : les complications dépendent largement du type d'anesthésie (par ex., générale, avec ou sans intubation endo-trachéale; anesthésie rachidienne).
- Hémorragie :
 - L'hémorragie primaire, qui survient dans les 24 heures après la chirurgie, est habituellement due à des points de saignement non solidement attachés.
 - L'hémorragie secondaire, qui survient au-delà de 24 heures après la chirurgie, est due à l'infection avec une érosion dans un vaisseau, qui se produit une à deux semaines après la chirurgie. Cela peut également être dû à des sites primaires de saignement lent ou de petite taille non identifiés, ou à un traumatisme sur le site de la chirurgie.
- Infection :
 - Infection des plaies
 - Infection des voies urinaires
 - Infection des voies respiratoires
- Complications urétérales :
 - Lésion chirurgicale
 - Obstruction, œdème

- Blocage de la sonde causé par une coudure ou un caillot de sang
- Désunion des sutures d'une plaie et échec de réparation, habituellement après la première semaine, ou environ 9 à 12 jours après l'opération.

Complications tardives

- Dysfonctionnement psychosocial
 - La plupart des femmes ayant la fistule traumatique ont vécu plusieurs grands événements traumatiques pouvant facilement causer des cicatrices psychologiques et mentales qui sont : le viol et d'autres formes de violence physique ; la perte des membres de la famille durant le conflit ; l'isolement social causé par le viol, la fistule ou les deux ; l'abandon du conjoint, les grossesses non désirées ; une éventuelle infection du VIH ou des infections sexuellement transmissibles (IST) ; et d'autres facteurs de stress encore.
- Sténose et cicatrisation du vagin
 - La sténose ou la cicatrisation peuvent se produire à la suite de la chirurgie, ou être présentes au moment de la chirurgie.
 - Lorsqu'elles sont présentes au moment de la chirurgie, elles sont généralement sous forme de bande épaisse situées au dessus la paroi vaginale postérieure.
 - La gestion de cette bande de tissu cicatriciel se fait par incision latérale pour libérer la cicatrice.
 - Le pack vaginal est laissé en place pendant plusieurs jours après la réparation de la fistule.
 - Un dilateur vaginal bien lubrifié est utilisé pour prévenir la réapparition de la cicatrice et de la sténose. Le dilateur est très délicatement inséré et laissé en place pendant au moins 10 minutes chaque jour pendant une période de six semaines.
 - Lorsque la cicatrice est plus large, des greffes de peau ou de pédicule peuvent être recueillis, et pivoter dans le vagin à partir des tissus environnants (par ex., les fesses, les lèvres, la cuisse) pour couvrir le déficit tissulaire à la suite d'une incision et d'une excision du tissu cicatriciel pour établir un calibre normal du vagin.
- Incontinence urinaire persistante
 - L'incontinence est une complication importante de la fistule, mais elle est souvent ignorée ou sous-estimée.
 - Elle peut être le résultat d'un échec de la réparation de la fistule, d'une fistule urétérale non diagnostiquée, d'une fistule non détectée, d'une réelle incontinence urinaire d'effort, d'une hyperactivité/instabilité du muscle vésical, d'une miction par regorgement, d'une infection ou de calculs de la vessie.
 - L'incontinence peut être bénigne ou très grave, et la femme peut se plaindre de fuites d'urine incessantes.
 - Une évaluation plus approfondie est nécessaire pour faire le diagnostic et établir une gestion appropriée.
 - Le diagnostic différentiel inclut les infections des voies urinaires et les calculs rénaux.

- Incontinence fécale
 - La blessure accidentelle lors de la reconstruction du vagin, dans le cas d'une sténose, peut conduire à l'incontinence fécale, et nécessiter une réparation.
- Dysfonctionnement sexuel
 - Un certain nombre de facteurs dont les cicatrices/la sténose vaginale, la dyspareunie, l'anxiété, et d'autres facteurs psychologiques, peuvent entraîner des problèmes sexuels.
- Dysfonctionnement psychosocial
 - La plupart des femmes ayant la fistule ont vécu plusieurs grands événements traumatiques pouvant facilement causer des cicatrices psychologiques et mentales que sont : un travail et un accouchement difficiles, un mort-né, une fistule, la stigmatisation sociale et l'abandon du conjoint.
- Aménorrhée
 - Dans certains cas, les règles peuvent revenir 2 à 4 mois après la réparation chirurgicale.
 - Certaines femmes continuent d'avoir une aménorrhée, même après la réparation, et celle-ci est souvent associée à l'infertilité.

Sources

Bello, K. [pas de date]. A selection of essays: Vesicovaginal fistula (VVF): only to a woman accursed. International Development Research Center. Se référer au lien suivant : www.idrc.ca/en/ev-28382-201-1-DO_TOPIC.html, 12 juli 2006.

EngenderHealth. [Pas de date]. *Facts about obstetric fistula: The hidden heartbreak*. New York.

EngenderHealth/Bangladesh. 2005. Onsite curriculum for counseling women living with obstetric fistula. Unpublished curriculum.

Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP). [Pas de date.] Campaign to end fistula. Se référer au lien suivant : www.endfistula.org.

Hinrichsen, D. 2004. *Obstetric fistula: Ending the silence, easing the suffering*. INFO Reports, No. 2. Baltimore: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, The INFO Project. Se référer au lien suivant : www.inforhealth.org/inforeports/fistula/index.shtml, 12 juli 2006.

Le projet ACQUIRE et EngenderHealth. 2005. *Report of fistula counseling experts' meeting: March 29 & 30, 2005, Kampala, Uganda*. New York.

Ressource supplémentaire

Partie B : Counseling des clientes de la fistule — Activité 3, Conseil supplémentaire pour la formation

CONSEIL POUR LA FORMATION

Rappeler aux participants d'intégrer ce qu'ils ont appris sur les besoins affectifs des clientes de la fistule et des stratégies de counseling dans les différentes étapes de prestation de services.

En élaborant les jeux de rôle, les participants devront avoir en tête que les clientes peuvent avoir des symptômes psychosociaux de stress à n'importe quelle étape des soins dans le jeu de rôle et devront imaginer comment cela pourrait ressortir dans le scénario créé.

L'accueil clinique des clientes de la fistule traumatique devra aussi bien traiter les aspects sanitaires de l'incident/des incidents du viol en général, que le plan de diagnostic et de traitement de la fistule. Les observations consignées au cours de l'accueil clinique, ainsi que les résultats de laboratoire, constituent une partie importante de la preuve médico-légale pouvant être utilisée par une cliente si toutefois elle décide de renvoyer l'affaire en justice. Il est essentiel que les participants en formation soient conscients de cela.

Retourner à la page 156 du curriculum de formation de la fistule obstétricale – Partie B : Activité 4.

Ressource supplémentaire

Partie C : Counseling des femmes ayant des besoins spéciaux—Activité 4, Points de discussion supplémentaires

En discutant le matériel sur le counseling des femmes ayant de besoins spéciaux, les participants en formation devront se rappeler qu'en travaillant avec les clientes plus jeunes :

- Elles peuvent être préoccupées par le stigmate du viol, particulièrement comment cela pourrait affecter leurs futures perspectives de mariage dans des sociétés où les jeunes victimes de viol peuvent être considérées comme impures et « non mariables ». De plus, le fait de retarder la grossesse peut ne pas être une priorité pour les jeunes clientes, et pour la plupart, la question à savoir si oui ou non il y a risque d'infertilité à cause de la fistule ou de sa réparation pèse lourdement.

Aller à la page 199 du curriculum de formation de la fistule obstétricale – Session 7 : Informations sur la planification familiale et le counseling en rapport avec la santé.

Session 7

Informations sur la planification familiale et le counseling sur la santé

La Session 7 intitulée *Counseling de la cliente souffrant de la fistule obstétricale* met l'accent sur les informations concernant la planification familiale que toutes les clientes de la fistule obstétricale doivent recevoir avant de quitter le site du service, l'importance du choix éclairé des clientes et les facteurs personnels et cliniques devant être considérés dans le counseling de la planification familiale pour les clientes de la fistule obstétricale.

Ces mêmes questions sont également essentielles pour les clientes de la fistule traumatique. Cependant, ces clientes font face également à d'autres questions sanitaires, dont les plus graves sont probablement le fait d'être actuellement enceinte à la suite d'un viol (ou le fait de courir le risque de grossesse) et d'être exposée au VIH ou à d'autres IST causées par le viol.

NOTE AUX FORMATEURS

La patiente typique de la fistule traumatique pourrait ne pas avoir accès aux services sanitaires jusqu'à ce que la possibilité de prévention de la grossesse soit dépassée depuis longtemps. Cependant, le formateur devra toujours penser à inclure le sujet dans cette session pour les occasions dans lesquelles il peut être approprié.

Pour intégrer les informations sur la fistule traumatique dans la présente session, se référer aux éléments suivants contenus dans le présent supplément (tels qu'indiqués dans les instructions de la case rose du curriculum de formation de la fistule obstétricale) :

- Vue d'ensemble de la Session 7 équivalente : Objectifs de la Session, Points à retenir, Méthodes de formation, Matériels et Préparation préalable (pages 146 à 150)
- Ressource supplémentaire : Supplément 7A—Counseling sur la grossesse non désirée et Contraception d'urgence (pages 151 à 156)
- Document supplémentaire 7-a : Vue d'ensemble sur la contraception d'urgence (pages 157 et 158)
- Document supplémentaire 7-b : Etudes de cas dans le counseling de la contraception d'urgence (page 159)
- Ressource supplémentaire 7B—Infections sexuellement transmissibles et prophylaxie post-exposition du VIH (pages 160 à 164)
- Document supplémentaire 7-f : Questions concernant les infections sexuellement transmissibles (page 165)
- Document supplémentaire 7-g : Vue d'ensemble du counseling sur les Infections sexuellement transmissibles (pages 166 à 170)
- Document supplémentaire 7-h : Prophylaxie post-exposition (PPE) pour l'infection du VIH (pages 171 à 174)

Vue d'ensemble de la Session 7 équivalente

Vue d'ensemble de la Session 7

Objectifs de la session

A la fin de la présente session, les participants devront être en mesure de faire ce qui suit :

- Identifier les préoccupations sanitaires des patients de la fistule (par ex., les grossesses non désirées, l'infection du VIH et des autres IST)
- Identifier les préoccupations psychosociales des femmes qui sont tombées enceintes à la suite de la violence sexuelle (par ex., les aspects psychologique du fait d'avoir un enfant conçu à partir du viol, la crainte de voir l'enfant rejeté par les autres membres de la famille et stigmatisé par les membres de la communauté)
- Définir la contraception d'urgence et décrire la méthode d'utilisation
- Décrire les approches du counseling pour les femmes qui sont tombées enceinte à la suite du viol
- Indiquer les informations sur la planification familiale que toutes les clientes doivent disposer avant de quitter le site de service
- Expliquer l'importance du choix éclairé des clientes pour des services de planification familiale efficaces
- Décrire les facteurs personnels et cliniques qui devraient être pris en compte dans le counseling sur la planification familiale des clientes de la fistule
- Expliquer l'importance des services de test volontaires et confidentiels du VIH
- Définir la prophylaxie post-exposition (PPE) pour prévenir l'infection du VIH et décrire les procédures d'administration de la PPE
- Identifier les IST pouvant être transmises aux clientes au cours de la violence sexuelle et décrire le test et les options de traitement
- Expliquer pourquoi certaines femmes pourraient ne pas être en mesure de faire une grossesse après une réparation de la fistule, même si elles le souhaitent

POINTS À RETENIR

- ✓ Les femmes et les filles souffrant de la fistule traumatique peuvent également faire face à une grossesse non désirée et/ une infection du VIH ou des IST.
- ✓ Les femmes et les filles ayant la fistule traumatique et qui sont venues pour obtenir des services sanitaires juste après l'incident de la violence sexuelle devront être conseillées sur la possibilité d'une grossesse non désirée et sur la nécessité de la contraception d'urgence.
- ✓ Toutes les femmes ayant subi une réparation chirurgicale de la fistule devront **s'abstenir de tout rapport sexuel avec pénétration vaginale pendant au moins trois mois pour éviter d'endommager la réparation chirurgicale** et la réouverture de la fistule.

(suite)

POINTS À RETENIR (SUITE)

- ✓ Une fois qu'une femme a été complètement guérie de la chirurgie, elle peut reprendre une activité sexuelle avec pénétration si cela ne lui cause aucune gêne.
- ✓ Toute cliente en âge de procréer devrait être présumée fertile.
- ✓ Toute femme qui a ses règles est susceptible de tomber enceinte à tout moment. Si elle n'a pas eu ses règles depuis un certain temps, elle peut tomber enceinte au moment de l'ovulation, et cela peut se passer *avant* ses prochaines règles.
- ✓ Une cliente de la fistule obstétricale mérite et nécessite un counseling attentionné et dispensé avec empathie pour qu'elle puisse faire un choix éclairé quant à sa fécondité et ses besoins et méthode de planification familiale.
- ✓ Si la cliente choisit une procédure de stérilisation contraceptive afin de prévenir des grossesses futures, la documentation du consentement éclairé est obligatoire.
- ✓ Certaines clientes peuvent avoir besoin d'être renvoyées en consultation pour vérifier et gérer leur infécondité. Le fait de comprendre la manière dont les méthodes naturelles de planification familiale fonctionnent pourrait aider certains couples souhaitant faire une grossesse et qui ne peuvent pas actuellement y parvenir.
- ✓ Une cliente de la fistula obstétricale a le droit de faire son propre choix au sujet de ses objectifs de fécondité et les prestataires ont l'obligation de respecter son choix.
- ✓ La confidentialité de la cliente devra toujours être respectée, et les informations partagées uniquement à sa demande et avec sa permission.
- ✓ Il n'existe aucune *contre-indication absolue* aux méthodes de planification familiale motivée seulement par la chirurgie de la fistule obstétricale, *mais il y a des précautions* à prendre pour certaines méthodes, et celles-ci doivent être soigneusement discutées avec la cliente et évaluées par le prestataire de soins de santé.
- ✓ Seuls les *préservatifs* (masculins et féminins) et *l'abstinence* offrent une protection contre les infections sexuellement transmissibles, notamment le VIH.
- ✓ Toutes les clientes devraient être informées que si elles ont des rapports sexuels sans utiliser une méthode de planification familiale, elles peuvent utiliser la contraception d'urgence pour prévenir la grossesse.
- ✓ L'implication de l'homme/du partenaire dans le counseling devrait être encouragée lorsque cela est possible, mais seulement si la cliente y a donné son consentement.
- ✓ Dans certains cas, l'implication du partenaire dans le counseling facilitera l'observation de la période d'abstinence qui est de trois mois, ainsi que l'utilisation et le soutien par le partenaire de la méthode de planification familiale choisie par la cliente.
- ✓ Si le test et les services du VIH/des IST et de la PPE sont offerts dans la même structure, le personnel devra s'assurer que les clientes sont soutenues dans l'accès à ces services ; si ce n'est pas le cas, le personnel devra s'assurer que les clientes détiennent toutes les informations concernant la possibilité de transmission du VIH/des IST et d'entreprendre un renvoi en consultation vers les services appropriés.

Méthodes de formation

- Présentation et discussion
- Travail en petit groupe
- Remue-méninges
- Travail en grand groupe
- Etude de cas/jeu de rôle

Matériels

- Tableau-papier, chevalet, marqueurs et ruban adhésif
- Rétroprojecteur (facultatif)
- Des copies de *Family Planning: A Global Handbook for Providers* (World Health Organization and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Center for Communications Programs)
- Document supplémentaire 7-a : Vue d'ensemble sur la contraception d'urgence
- Document supplémentaire 7-b : Etudes de cas dans le counseling sur la contraception d'urgence
- Document du participant 7-A : Informations essentielles sur la planification familiale pour les clientes de la fistule obstétricale (*utiliser également en tant que transparent*)
- Document du participant 7-B : Méthodes de planification familiale
- Document du participant 7-C : Réponses simples aux questions des clientes sur la planification familiale
- Document du participant 7-D : Considérations individuelles dans le counseling sur la planification familiale pour les clientes ayant une fistule obstétricale
- Document supplémentaire du participant 7-E : Indications pour le choix d'une contraception, selon la méthode
- Document supplémentaire du participant 7-F : Questions concernant les infections sexuellement transmissibles
- Document supplémentaire du participant 7-G : Vue d'ensemble du counseling sur les infections sexuellement transmissibles
- Document supplémentaire du participant 7-H : Prophylaxie post-exposition (PPE) pour l'infection du VIH

Préparation préalable

1. Avant cette session, attribuer aux participants des extraits à lire du *Family Planning: A Global Handbook for Providers*.
2. Préparer un tableau-papier listant les objectifs de la présente session.
3. Passer en revue tous les documents et faire une copie pour chaque participant. Si possible, faire des copies sur du papier de couleurs différentes (surtout le Document 7-E) pour les distinguer.
4. Préparer des transparents ou des tableaux en papier pour les Documents 7-A et 7-E.
5. Préparer un tableau-papier comme dans l'exemple illustré ci-dessous pour l'Activité 1 dans la partie C :

*Considérations individuelles du counseling en planification familiale
pour les clientes de la fistule*

Clientelle d'étude de cas	Situation de Counseling	Considérations
	1. La cliente ne veut pas tomber enceinte bientôt.	
	2. La cliente a eu une aménorrhée et n'est pas certaine du retour de sa fécondité.	
	3. La cliente a été abandonnée par son mari, mais a été enjointe de revenir chez son mari après la réparation chirurgicale, et ne sait pas si son mari lui permettra d'utiliser une méthode de planification familiale.	
	4. La cliente veut tomber enceinte dès que la période de cicatrisation est terminée.	

*Considérations individuelles du counseling en planification familiale
pour les clients de la fistule (suite)*

Clientelle d'étude de cas	Situation de Counseling	Considérations
	5. La cliente a un partenaire qui l'expose à un risque d'infections sexuellement transmissibles.	
	6. La cliente ne veut plus jamais tomber enceinte de nouveau.	
	7. La cliente a été abandonnée par son partenaire et n'est pas certaine de ses besoins en planification familiale.	
	8. La cliente a eu une réparation non réussie, mais projette d'être sexuellement active, mais elle est incertaine quant à sa fécondité future.	
	9. Autres situations	

6. Essayer de trouver l'endroit où les services de planification familiale sont offerts localement pour chaque site, notamment l'emplacement, les horaires, les méthodes disponibles, et le coût.
7. Trouver le niveau de connaissances des participants sur les méthodes courantes de planification familiale.
8. Préparer un document de scripte pour le conseiller (une copie) avec les informations qui vont être utilisées dans le supplément 7B au cours de l'Activité 3 :

Questions initiales que le « conseiller » devra poser à la « cliente » :

- Pouvez-vous me dire ce que vous savez du fait d'être infecté par le VIH ?
- Avez-vous déjà entendu parler d'un médicament (prophylaxie post-exposition) utilisé pour prévenir l'infection du VIH après le viol ? Si c'est le cas, s'il vous plait, dites-moi ce que vous en savez.
- Avez-vous des questions à poser à propos du médicament ?

La « cliente » décide de prendre la PPE et le « conseiller » continue la conversation en disant ce qui suit :

- Il est très important de prendre tous les médicaments chaque jour pendant 28 jours. Il est également important de les prendre au même moment chaque jour. Est-ce que vous savez pourquoi ? Pouvez-vous me dire ce que vous pouvez faire pour vous assurer que vous allez les prendre au même moment chaque jour ?
- Environ la moitié des personnes qui ont pris le médicament de la PPE développent des effets secondaires tels que les nausées, la fatigue et les maux de tête. Les symptômes sont d'habitude bénins et disparaissent quelques jours après. Il existe d'autres effets secondaires plus graves tels que les lésions du foie et de la moelle osseuse, mais ils sont très rares et nous ne nous attendons pas à ce que cela arrive – nous ne connaissons personne ayant connu ses effets secondaires après la prise de médicament pendant 28 jours seulement. En ce qui concerne les effets secondaires les plus fréquents que je viens de mentionner, que pourriez-vous faire au cas où vous avez un de ces effets.

Durée (totale) de la session : 4 heures, 25 minutes, to 4 heures, 40 minutes

Aller à la page 203 du curriculum de formation de la fistule obstétricale – Session 7 : Etapes de la formation.

Ressource supplémentaire

Supplément 7A

Partie A : Counseling sur les grossesses non désirées et la contraception d'urgence

NOTE AUX FORMATEURS

Dans n'importe quel cadre, un certain pourcentage de femme ayant été violées sont tombées enceintes. L'on a des doutes sur quelle proportion de femmes souffrant de la fistule traumatique tombent enceinte à la suite du viol, mais il est toujours possible et constitue souvent une préoccupation majeure pour les clientes. Le Supplément 7A présente une série d'activités de formation visant à aider les conseillers socio-psychologiques à évaluer le risque de grossesse des clientes, examiner avec les clientes l'utilisation potentielle de la contraception d'urgence et à comprendre les préoccupations potentielles des femmes qui sont tombées enceinte à la suite de la violence sexuelle.

Durée : 1 heure, 25 minutes

Activité 1 : Mise en train (5 minutes)

1. Ecrire les affirmations suivantes sur un tableau en papier ou un transparent (ou lire simplement les déclarations à voix haute), et demander aux participants d'inscrire sur une feuille de papier s'ils pensent que chaque déclaration est vraie ou fausse. Dire aux participants que vous allez demander la réponse correcte à la fin de la présente session.

<i>Déclaration</i>	<i>Réponse</i>
La contraception d'urgence prévient la grossesse essentiellement en l'interrompant ou en endommageant une grossesse existante.	<i>Faux</i>
Les femmes dont l'état de grossesse est incertain peuvent utiliser des pilules contraceptives d'urgences.	<i>Vraie</i>
La première dose des pilules contraceptives d'urgences doit être prise pendant combien d'heures de rapports sexuels non protégés ?	<i>120 heures (5 jours)</i>

Points de discussion

A la fin de la session, se rappeler de réviser les réponses correctes à ces questions. C'est une bonne occasion de mettre en évidence les points suivants (adapté de : RHRC Consortium, 2004) :

- *La contraception d'urgence prévient la grossesse ; elle ne détruit pas une grossesse existante.* La contraception d'urgence agit en empêchant l'implantation d'un œuf fécondé. Elle ne cause pas l'avortement mais elle est utilisée pour empêcher la grossesse d'avoir lieu.
- *La contraception d'urgence n'est nuisible à une grossesse existante.* Si la survivante de la violence sexuelle est déjà enceinte, la grossesse ne sera pas détruite même si la contraception d'urgence est utilisée.
- *L'on peut commencer à prendre les pilules contraceptives d'urgence dans les 120 heures de rapports sexuels non désirés pour prévenir la grossesse.* Cependant, l'efficacité de la prévention diminue avec l'augmentation du temps après l'incident, même dans la période des 120 heures. En d'autres termes, les chances de réussite de la contraception d'urgence seront plus limitées si les pilules sont prises ultérieurement plutôt qu'à une date plus rapprochée.

Activité 2 : Présentation/Discussion (20 minutes)

1. Présenter une vue d'ensemble sur le dépistage de la grossesse (voir Conseil pour la formation en dessous), les méthodes de contraception d'urgence, et le mécanisme à travers lequel ces méthodes marchent pour prévenir la grossesse à la suite de rapports sexuels non protégés (Voir le Document supplémentaire 7-a).
2. Fournir à chaque participant une copie du Document supplémentaire 7-a.
3. Diriger une brève discussion de ces termes en invitant les participants à partager leur compréhension et utilisation de la contraception d'urgence dans leur travail et ce qu'ils pensent être les messages clé du counseling.

CONSEIL POUR LA FORMATION

Dans n'importe quel cadre, un certain pourcentage de femme ayant été violées sont tombées enceintes. L'on a des doutes sur quelle proportion de femmes souffrant de la fistule traumatique tombent enceinte à la suite du viol, mais il est toujours possible et constitue souvent une préoccupation majeure pour les clientes. Avant de discuter des options de la contraception d'urgence avec une cliente, les conseillers socio-psychologiques posent les questions suivantes pour déterminer les risques de grossesse :

1. Avez-vous subi un accouchement dans les quatre dernières semaines ?
2. Etes-vous post-partum de moins de six mois et en train de faire un allaitement exclusif et arrête de voir vos règles depuis que vous avez eu votre enfant ?
3. Est-ce que votre période de règles a commencé dans les sept derniers jours ?
4. Avez-vous subi une fausse dans les sept derniers jours ?
5. Avez-vous arrêté d'avoir des relations sexuelles depuis votre dernière période de règles (à part l'incident) ?
6. Etes-vous en train d'utiliser une méthode de contraception fiable de manière constante et correcte ? (Vérifier avec les questions spécifiques.)

Si la réponse à toutes les questions est **non**, il y a un risque de grossesse. Le conseiller devra vérifier les signes de grossesse, faire le test de grossesse le cas échéant, et discuter toute option contraceptive d'urgence appropriée à la situation de la cliente. Si la réponse à *au moins* une question est **oui**, le risque de grossesse est en quelque sorte réduit. Le conseiller socio-psychologique devra toujours rechercher des signes et symptômes de grossesse, faire le test de grossesse si possible, et donner des informations sur la contraception d'urgence à la cliente, de ce fait elle pourra prendre une décision éclairée sur la méthode à utiliser, si elle est disponible et appropriée pour sa situation.

Adapté de : OMS et UNHCR, 2004.

Activité 3 : Etude de cas en petit groupe (40 minutes)

1. Répartir les participants en quatre groupes et fournir au moins une copie du Document supplémentaire 7-b à chaque groupe : Etudes de cas dans le counseling sur la contraception d'urgence.
2. Une personne dans chaque groupe devra lire les études de cas au reste des membres du groupe. Après la lecture de chaque étude de cas, et avant de procéder à la suivante, les membres du groupe devront discuter de leur approche de counseling recommandé pour chaque situation, y compris toute information technique sur la contraception d'urgence qu'ils pensent important pour discuter avec la

cliente. Demander d'insister uniquement sur les préoccupations en rapport avec la grossesse dans cet exercice d'étude de cas ; les participants ne devront pas rentrer dans les détails concernant les aspects de la fistule en ce moment précis. Une personne dans chaque groupe devra être choisie par les membres du groupe pour prendre des notes pour les présentations ultérieures. (20 minutes)

3. Quand les groupes se rassemblent à nouveau après leur discussion, demander à une personne dans chaque groupe de réviser leur approche de counseling pour l'un des hypothèses.
4. Réviser chaque hypothèse et inviter les membres des autres petits groupes d'ajouter leurs commentaires et suggestions.
5. Résumer l'exercice avec tout point clé présenté dans les discussions de l'étude de cas.

CONSEIL POUR LA FORMATION

Ce qui suit constitue quelques points clés sur lesquels les participants devront réfléchir en discutant de leur approche de counseling des clientes présentées dans les études de cas pour l'Activité 3:

- Combien de temps s'est écoulé avant que la femme n'ait accès aux services à la suite de l'incident de relation sexuelle non protégée ? La réponse à cette question va déterminer si la contraception d'urgence est une option et va influencer la méthode à utiliser, le cas échéant.
- Il est important que les clientes comprennent que la contraception d'urgence prévient la grossesse. Elle ne sera pas efficace si la cliente est déjà enceinte. Le test de grossesse devra se faire avant l'insertion du DIU. Les femmes qui sont déjà tombées enceintes n'ont pas besoin de DIU. Les clientes qui utilisent des pilules contraceptives d'urgence et qui, par la suite, l'on a trouvé qu'elles étaient déjà enceintes, ne leur causera aucun problème ainsi que leur fœtus.
- Pour les clientes ayant choisi la contraception d'urgence, les conseillers socio-psychologiques devront expliquer le mécanisme de fonctionnement de celle-ci ainsi que les effets secondaires dont les clientes peuvent faire face.
- En aidant les clientes de la fistule traumatique éligibles à choisir une méthode de contraception d'urgence, les conseillers devront faire savoir aux clientes que certaines femmes peuvent trouver l'insertion du DIU traumatique sur le point psychologique. Par conséquent, les pilules contraceptives d'urgence sont préférables.

CONSEIL POUR LA FORMATION

Les Activités 1 à 3 ci dessus insiste sur le traitement de la question des grossesses non désirées découlant de la violence sexuelle. Toutefois, la plupart des femmes et des filles souffrant de la fistule traumatique ne viennent pas pour obtenir des services sanitaires dans la période requise pour pouvoir utiliser une contraception d'urgence et peuvent déjà être enceinte le temps qu'elles arrivent à l'hôpital ou à la clinique. Rappeler aux participants que le dépistage de la grossesse fait partie intégrante de l'examen de routine des clientes souffrant de la fistule traumatique et de la violence sexuelle et devra être effectué. Les femmes qui sont tombées enceintes à la suite d'un viol peuvent faire face à un certain nombre de préoccupations sur le plan psychosocial liées à la grossesse et au fait d'élever un enfant dont le père génétique l'a agressée (par ex., les aspects psychologiques d'avoir un enfant conçu au cours d'un événement physiquement violent, la crainte de voir l'enfant rejeté par les autres membres de la famille et du fait que l'enfant sera stigmatisé par les membres de la communauté).

Etant donné que la plupart des clientes de la fistule traumatique ne puisse pas avoir accès pendant un an ou plus à la suite de l'incident/des incidents, elles peuvent déjà être enceinte ou donné naissance à un enfant conçu à partir du viol. Les femmes étant dans l'une de ces situations peuvent nécessiter un counseling supplémentaire spécifique. L'Activité 4 fournit une formation approfondie pour le counseling dans de telles situations.

Activité 4 : Remue-méninges (20 minutes)

1. Répartir les participants en 4–5 groupes.
2. Expliquer aux participants qu'il n'existe actuellement aucune norme ou indication standard consignée pour le counseling des femmes qui sont tombées enceintes à la suite d'un viol en période de guerre. Au cours de cet exercice, demander aux participants de partager leurs expériences dans le counseling des femmes sur un tel sujet sensible dans l'idée que le partage des points de vue sur ce genre de problème majeur concernant le counseling sera d'une grande aide pour chacun d'eux.

NOTE AUX FORMATEURS

Du fait que cette partie est sensible, il peut y avoir des moments où les participants ont des points de divergence. Rappeler aux participants que le but de cet exercice est de partager les idées plutôt que de déterminer une meilleure approche ou essayer de changer la démarche des autres participants. L'on devra également leur rappeler de ne pas sortir de la discussion.

3. Demander aux participants de discuter ensemble leurs expériences dans le counseling des clientes de la fistule traumatique et des survivantes de la violence sexuelle qui sont tombées enceintes à la suite du viol et/ou ont donné naissance à des enfants conçus par suite du viol (10 minutes). Les participants devront inclure les questions suivantes dans leur discussion :

- Quelles sont les préoccupations des femmes qui sont tombées enceintes par suite de la violence sexuelle ?
 - Quels sont les messages positifs pour soutenir les femmes qui sont tombées enceintes en raison de la violence sexuelle ?
 - Quelles sont les difficultés rencontrées par les enfants qui ont été conçus à la suite de la violence sexuelle ?
 - Quel genre de soutien et suivi supplémentaire communautaire peut être utilisé pour aider les femmes et les enfants qui font face à ces problèmes ?
4. Demander aux participants de partager quelques points clé tirés de leur discussion avec le reste du grand groupe.
 5. Utiliser les tableaux de papier pour mettre en évidence les points communs et les messages clé.

CONSEIL POUR LA FORMATION

Dans la plupart des pays où il y a la fistule traumatique, l'avortement est illégal pour une quelconque raison que ce soit. Il est typiquement interdit aux prestataires de soins de santé de discuter de l'avortement ou d'offrir des services pour interrompre la grossesse. Les prestataires et les conseillers socio-psychologiques travaillant avec les clientes de la fistule traumatique devront avoir en tête toute loi et régulation locales concernant l'interruption de la grossesse.

CONSEIL POUR LA FORMATION

La grossesse à la suite d'un viol est une chose fréquente dans les zones de conflit, et certains prestataires décrivent le counseling sur cette question en tant que l'un des plus grands problèmes dans leur travail. Jusqu'à maintenant, il n'existe aucune directive standard spécifique sur la manière de faire le counseling aux clientes tombées enceintes à la suite d'un viol. Les prestataires et les conseillers socio-psychologiques développeront leur propre approche concernant ce sujet très sensible en discutant avec les clientes. Certains prestataires ont trouvé utile de rappeler aux femmes que ce n'est pas la faute de l'enfant si elles souffrent du traumatisme et que tous les enfants ont droit aux soins et au soutien.

Aller à la page 203 du curriculum de formation de la fistule obstétricale – Partie A : Raisons.

Document supplémentaire

Document supplémentaire 7-a

Vue d'ensemble sur la contraception d'urgence

La contraception d'urgence peut être utilisée pour empêcher la grossesse à la suite de rapports sexuels non protégés. Il existe deux principales formes de contraception d'urgence :

1. Les pilules contraceptives d'urgence
2. Le dispositif intra-utérin en cuivre (DIU)

Dans le cas des clientes de la fistule traumatique en âge de procréation, l'utilisation du DIU comme méthode contraceptive d'urgence n'est pas recommandée. L'insertion d'un objet étranger dans une cavité interne du corps ayant déjà subi des blessures graves peut entraîner des infections. Le processus d'insertion du DIU peut être considéré comme agressif et peut causer à la cliente une affliction psychologique.

Les pilules contraceptives d'urgence peuvent être prises dans les 120 heures (5 jours) après les rapports sexuels non protégés. Il existe deux types de pilules contraceptives d'urgence : une qui contient uniquement la progestine (levonorgestrel), et une qui combine l'œstrogène (éthinyll estradiol) et la progestine (levonorgestrel). Tous les deux types sont disponibles en doses élevées, particulièrement en tant que produits contraceptifs d'urgence. S'ils ne le sont pas, cependant il est possible d'utiliser des doses élevées de contraceptifs oraux réguliers. Le régime unique de progestine est préféré, car l'on a démontré qu'il est plus efficace que l'œstrogène-progestine combinés et parce que qu'il a un faible risque de nausée et de vomissements.

Bien que les pilules contraceptives d'urgence soient pratiquement les mêmes que les contraceptifs oraux réguliers mais à des doses élevées, ils fonctionnent de façon différente de celle d'une dose régulière de contraceptifs oraux. Lorsqu'elles sont prises à une forte dose prescrite pour la contraception d'urgence, les pilules empêchent la grossesse à travers un ou plusieurs des mécanismes suivants (dépendant, l'on croit, de l'heure de leur prise et de la période du cycle menstruel de la femme lors de rapports sexuels non protégés) :

- Freine ou retarde l'ovulation en tuant les hormones
- Empêche la fécondation en contrecarrant le mouvement du sperme et de l'œuf
- Empêche l'œuf fécondé de rentrer dans l'utérus
- Empêche l'implantation de l'ovule fécondé en faisant de sorte que l'endomètre ne puisse pas recevoir l'implantation

Tous ces mécanismes empêchent l'implantation d'un œuf fécondé. Les pilules contraceptives d'urgence ne détruisent pas une grossesse existante et ne constituent pas une forme d'avortement. Les pilules sont plus efficaces si l'on démarre la prise le plus rapidement possible après des rapports sexuels non protégés. Les pilules contraceptives d'urgence ne devront pas être utilisées en tant que contraception régulière. Les effets

secondaires les plus fréquents sont les nausées, les vomissements, les petites pertes sanglantes, la sensibilité des seins, les maux de têtes, les vertiges et la fatigue également.

Il n'est pas nécessaire de faire un test de grossesse avant de démarrer la prise des pilules contraceptives d'urgence. Cependant, si l'on détermine qu'une cliente est en état de grossesse, il n'est pas nécessaire d'utiliser les pilules contraceptives d'urgence car elles n'auront aucun effet. Si elles *sont* utilisées et que plus tard, il se trouve que la femme est enceinte, il n'y a aucune preuve démontrant qu'elles causent du tort au fœtus et à la femme.

Les équipements nécessaires pour fournir une contraception d'urgence sont disponibles aussi bien à travers The New Emergency Health Kit 98 que The Reproductive Health Kit for Emergency Situations, disponibles à travers l'FNUAP. (*Pour de plus amples informations, se référer : RHRC Consortium. 2004. Emergency contraception for conflict-affected settings: A reproductive health response in conflict consortium distance learning module. New York.*)

Document supplémentaire

Document supplémentaire 7-b

Études de cas dans le counseling sur la contraception d'urgence

Parmi les études de cas suivantes, les chiffres 2, 3 et 4 sont basées sur des études de cas que l'on trouve dans : Reproductive Health Response in Conflict (RHRC) Consortium. 2004. *Emergency contraception for conflict-affected settings: A reproductive health response in conflict consortium distance learning module*. New York, pp. 25–27.

1. Estelle est une femme âgée de 32 ans qui a été violée en s'enfuyant de son village il y a une semaine. Par suite de blessures graves au cours du viol, elle a des fuites d'urine constantes et s'est présentée pour obtenir de l'aide. Elle s'inquiète également sur le fait qu'elle pourrait tomber enceinte. Comment allez-vous traiter la situation de cette cliente ?
2. Faith vous a emmené sa sœur Ruth, âgée de 14 ans, qui a été violée hier sur son chemin de retour à l'école dans le camp des réfugiés. La famille n'a pas encore rapporté l'incident. Faith voudrais savoir s'il y a quelque chose que l'on puisse faire pour empêcher Ruth de tomber enceinte. Comment allez-vous prendre en charge la situation de cette cliente ?
3. Marie est une réfugiée âgée de 25 ans et qui a pris sa première dose de pilules contraceptives d'urgence il y a six heures. Elle a des nausées et pense qu'elle va vomir quand elle prendra la seconde dose. Préoccupée, elle est retournée à la structure sanitaire au niveau du camp et vous demande conseils. Comment allez-vous faire pour traiter sa situation ?
4. Florence est une réfugiée âgée de 45 ans et qui a été violée par un gang, ainsi que sa fille et deux autres femmes qui étaient ses amies. Elles étaient allées chercher du combustible en dehors du camp des réfugiées. Cinq jours plus tard, Florence se rendit au centre de santé car elle a remarqué qu'elle était incapable de contrôler l'écoulement de ses urines et fèces. Comment allez-vous faire face à sa situation ?

Ressource supplémentaire

Supplément 7B

Les infections sexuellement transmissibles et la prophylaxie post-exposition du VIH

NOTE AUX FORMATEURS

Counseling et dépistage volontaire du VIH constituent une partie importante de l'ensemble des services que les clientes de la fistule traumatiques devront recevoir, et devront être intégrés avec les activités de la prophylaxie post-exposition (PPE) du VIH. Le Supplément 7B présente quelques activités de formation en rapport avec ces sujets ; de telles activités peuvent être présentées suite à la discussion sur la planification familiale, le choix éclairé et le counseling.

Cependant, ni le curriculum de formation dans son ensemble, ni le présent supplément ne fournissent des informations détaillées sur le counseling et le dépistage du VIH. Dans la plupart des cas, les structures de santé en mesure d'offrir une assistance clinique aux femmes et aux jeunes filles souffrant de la fistule traumatique sont déjà en train de faire le counseling et le dépistage du VIH. Toutefois, si les participants voudraient obtenir de plus amples informations sur cette activité importante, les formateurs devront expliquer que d'autres ressources de formation se concentrent sur ce sujet et/ou renvoient les participants à ceux-ci.

Durée : 1 heure

Activité 1 : Travail en petit groupe (20 minutes)

1. Répartir les participants en groupe de 4 à 5 personnes.
2. Fournir à chaque groupe une copie du Document supplémentaire du participant 7-F : Questions concernant les Infections sexuellement transmissibles.
3. Donner 10 minutes au groupe pour leur permettre de réviser les questions et décider leurs réponses. Chaque groupe devra choisir un porte-parole qui va présenter les réponses du groupe à ces questions.
4. Lorsque les groupes auront terminé, réviser les questions ensemble dans le grand groupe en demandant les commentaires des porte-parole des groupes.
5. Diriger une brève discussion sur chaque question en donnant des clarifications au besoin.
6. Fournir à chaque participant une copie du Document supplémentaire du participant 7-G : Vue d'ensemble du counseling sur les Infections sexuellement transmissibles.

Activité 2 : Présentation/Discussion (10 minutes)

1. Fournir à chaque participant une copie du Document supplémentaire du participant 7-H : Prophylaxie post-exposition (PPE) pour l'infection par VIH.
2. Présenter une vue d'ensemble de la PPE en utilisant le document en tant que guide.
3. Diriger une brève discussion sur cette question, notamment le consentement éclairé, et inviter les participants à partager leur compréhension et utilisation de la PPE dans leur travail actuel.

Activité 3 : Jeu de rôle et discussion en groupe (30 minutes)

1. Demandez à un volontaire du groupe de jouer le rôle d'une patiente de la fistule traumatique qui est venue à l'hôpital se faire soigner après avoir été attaqué il ya trois jours. Demandez à un autre volontaire de jouer le rôle d'un conseiller socio-psychologique.
2. Expliquer que le conseiller demandera à la cliente une série de questions (voir ci-dessous) pour comprendre sa connaissance de VIH et de VIH PPE et essayer de fournir autant d'informations possible à la cliente sur la PPE, les effets secondaires, l'importance de l'adhérence, et le dépistage du VIH.

Questions initiales que le « conseiller » devra poser à la « cliente » :

- Pouvez-vous me dire ce que vous savez du fait d'être infecté par le VIH ?
- Avez-vous déjà entendu parler d'un médicament (prophylaxie post-exposition) utilisé pour prévenir l'infection par VIH après le viol ? Si c'est le cas, veuillez me dire ce que vous en savez.
- Avez-vous des questions à poser à propos du médicament ?

La « cliente » décide de prendre la PPE et le « conseiller » continue la conversation en disant ce qui suit : :

- Il est très important de prendre tous les médicaments chaque jour pendant 28 jours. Il est également important de les prendre au même moment chaque jour. Est-ce que vous savez pourquoi ? Pouvez-vous me dire ce que vous pouvez faire pour vous assurer que vous allez les prendre au même moment chaque jour ?
- Environ la moitié des personnes qui ont pris le médicament de la PPE développent des effets secondaires tels que les nausées, la fatigue et les maux de tête. Les symptômes sont d'habitude bénins et disparaissent quelques jours après. Il existe d'autres effets secondaires plus graves tels que les lésions du foie et de la moelle osseuse, mais ils sont très rares et nous ne nous attendons pas à ce que cela arrive – nous ne connaissons personne ayant connu ses effets secondaires après la prise de médicament pendant 28 jours seulement. En ce qui concerne les effets secondaires les plus fréquents que je viens de mentionner, que pourriez-vous faire au cas où vous avez un des ces effets.

Source: OMS, 2007.

3. Le « conseiller » et la « cliente » devront mimer le jeu de rôle et le conseiller va utiliser les questions préétablies que vous avez fournies. La cliente répondra en fonction de sa connaissance par rapport aux questions posées par le conseiller, et ce dernier fournira autant d'informations possibles.
4. Demander aux autres participants de noter pour eux-mêmes les points supplémentaires qu'ils pensent importants et à inclure dans le counseling.
5. Animer une discussion sur le counseling pour la PPE en faisant des clarifications au besoin, et en invitant les participants à partager leurs expériences pratiques dans ce domaine.

CONSEIL POUR LA FORMATION

Il se peut que vous vouliez demander aux différents volontaires de jouer le rôle de conseiller dans les différentes parties du counseling afin que la plupart des participants aient la chance de mettre en pratique le counseling sur ce sujet.

La « cliente » peut déjà avoir peu de connaissance sur l'infection du VIH, mais le scénario de counseling va varier en quelque sorte avec chaque cliente. Ce qui suit constitue quelques points importants qui devront être couverts pour chaque question :

« Pouvez-vous me dire ce que vous savez sur le fait d'être infectée par le VIH ? »

- Le VIH est un virus qui peut être transmis entre les personnes de différentes manières, notamment à travers les rapports sexuels. Le SIDA est causé par le virus du VIH.
- La plupart des individus exposés au VIH à travers les rapports sexuels une seule fois ne sont pas infectés car même si la/les personne(s) qui vous a/ont agressée(s) est/sont VIH positifs, le virus ne dirige toujours pas vers le courant sanguin. Vous pouvez être exposé par le virus, mais votre corps pourrait être capable de le combattre.
- En ce qui concerne le contact vaginal, le risque d'infection par un VIH positif est entre un sur 100 et un sur 1000. Pour la pénétration anale, le risque est de 1 à 3 sur 100. L'infection par VIH est également possible en cas de relations sexuelles orales forcées, mais il est très rare.
- En cas de relations sexuelles forcées traumatiques et de rapports sexuels forcés par plusieurs agresseurs, les risques d'infection par VIH augmentent. Même s'ils sont réduits dans l'ensemble, il est toujours important de se protéger contre l'infection par VIH à chaque fois que c'est possible.

« Avez-vous déjà entendu parler d'un médicament (prophylaxie post-exposition) utilisé pour prévenir l'infection par VIH après le viol ? Si oui, veuillez me dire ce que vous en savez. »

- Ce médicament a été utilisé dans plusieurs situations où un individu a été exposé au VIH.
- Le médicament agit en aidant le corps à combattre le virus et l'empêche de s'introduire dans le courant sanguin de l'individu pour éviter l'infection.
- Tout le monde n'est pas protégé en prenant ce médicament, et il n'est pas garanti que cela marche. Mais selon les recherches, cela réduit les risques d'infection par VIH si la personne qui vous agressée était VIH positif.
- Le médicament est un genre de pilule que vous prenez chaque jour matin et soir pendant 28 jours. (Cela pourrait nécessiter un changement selon le régime utilisé dans un milieu spécifique).

(suite)

CONSEIL POUR LA FORMATION (suite)

- Pour que le médicament soit efficace, il est très important que vous le preniez chaque jour sans exception pendant 28 jours.
- Environ la moitié des personnes prenant ce médicament connaissent les effets secondaires. Il peut s'agir des nausées, de la fatigue et des maux de têtes (dépendant du régime).
- Si toutefois vous décidez de prendre ce médicament, vous devriez commencer immédiatement.
- Vous pouvez arrêter le médicament à tout moment, mais vous n'en bénéficieriez pas entièrement, et si vous êtes déjà VIH positif, vous pourriez développer une résistance aux médicaments qui aident à empêcher le VIH de devenir le SIDA. Vous pouvez me contacter ou vous mettre en rapport avec un autre travailleur de la santé à cet endroit avant de penser à arrêter le médicament avant la fin des 28 jours.

« Il est primordial que vous preniez le médicament chaque jour pendant 28 jours sans exception. Il est également important de le prendre à la même heure. Savez-vous pourquoi ? Pouvez-vous me dire ce que vous pouvez faire pour vous assurer de prendre le médicament chaque jour à la même heure? »

- Pour que le médicament marche convenablement, il est essentiel que sa quantité dans votre sang reste environ la même tout au long de la journée. C'est pourquoi il est important de le prendre à des heures spécifiques chaque jour. Par exemple, si vous le prenez deux fois par jour, faites-le une fois au réveil le matin et une fois avant de vous coucher le soir (selon le régime). Dépendant du médicament que vous prenez, l'on peut également vous demander de le prendre avec ou sans-repas.
- Il y a certaines choses que vous pouvez faire pour vous rappeler facilement de prendre les médicaments. Par exemple : en vous servant de choses que vous faites tous les jours à la même heure pour prendre les pilules – tel que le fait de se brosser les dents le matin, ou de prendre un repas ; le fait d'essayer de prendre le médicament à l'heure des repas (si c'est permis) pour réduire la fréquence des nausées ; penser à des jours où votre routine est différente et penser à des façons de vous assurer que vous pouvez prendre le médicament à l'heure fixé ; si vous devez prendre un médicament avant de vous coucher, essayer de le faire avant de vous allonger afin de ne pas vous endormir avant de le prendre ; si vous possédez un téléphone portable, régler l'alarme à l'heure de la prise du médicament ; penser à demander à un ami de confiance ou un membre de la famille de vous aider à vous rappeler de prendre le médicament.
- Au cas où vous oubliez de prendre une dose à une heure ne dépassant pas la moitié de l'heure de la prise de la prochaine dose, vous pourrez toujours le prendre. Si elle dépasse la moitié de l'heure, ne prenez pas la dose omise – attendez l'heure de la prise de la prochaine dose. Eviter de prendre deux doses à la même heure pour rattraper celle omise.

« Concernant les effets secondaires les plus fréquents (nausées, fatigue, maux de tête), que pouvez-vous faire pour les réduire ? »

- Si vous êtes dans un régime prioritaire (zidovudine et lamivudine), vous pouvez prendre les médicaments avec les repas.
- Vous pouvez également prendre l'aspirine ou le panadol pour les maux de têtes.

(suite)

CONSEIL POUR LA FORMATION (SUITE)

- Etant donné qu'il n'y a rien à vous prescrire pour la fatigue, il est bon d'essayer de programmer vos activités de sorte que vous ayez du temps pour vous reposer, et il faudra vous rappeler que c'est temporaire et que c'est une façon de vous assurer que vous ne développez pas le VIH, ce qui pourrait vous amener plus tard beaucoup de problèmes sanitaires plus compliqués.
- Il est très possible que vous ne rencontriez aucun effet secondaire, mais si vous avez des problèmes pour prendre les médicaments à cause des effets secondaires, revenez nous voir afin que nous vous aidions à penser à d'autres méthodes de vous assurer que vous pouvez le continuer tout le long des 28 jours.

Source : OMS, 2007.

CONSEIL POUR LA FORMATION

Counseling et dépistage volontaire du VIH constituent une partie importante de l'ensemble des services que les clientes de la fistule traumatiques devront recevoir, et devront être intégrés avec les activités de la prophylaxie post-exposition (PPE) du VIH. Le présent curriculum ne fournit pas des informations détaillées sur le test et le counseling du VIH. Dans la plupart des cas, les structures de santé en mesure d'offrir une assistance clinique aux femmes et aux jeunes filles souffrant de la fistule traumatique sont déjà en train de faire le test et le counseling du VIH. Toutefois, si les participants voudraient obtenir de plus amples informations sur cette activité importante, il faudra expliquer que d'autres formations pourront être organisées et seront concentrées sur ce sujet et/ou qu'ils pourront se référer aux ressources suivantes :

- EngenderHealth. 2008. *COPE for HIV counseling and testing: A toolkit to accompany the COPE Handbook*. New York.
- L'Organisation mondiale pour la Santé et le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA. 2007 (ONUSIDA). *Guidance on provider-initiated HIV testing and counseling in health facilities*. Genève.

Aller à la page 227 du curriculum de formation de la fistule obstétricale – Session 8 : Counseling de la famille de la cliente.

Document supplémentaire

Document supplémentaire 7-f

Questions concernant les infections sexuellement transmissibles

1. Quelles sont les cinq infections sexuellement transmissibles (IST) causées par une bactérie ?
2. Nommer une IST autre que le VIH et qui est causée par un virus. Peut-elle être guérie ?
3. Quelles sont les trois IST qui devront être immédiatement traitées avec des antibiotiques au cas où les clientes arrivent au centre de santé dans les 72 heures suivant l'incident/les incidents du viol ?
4. Vrai ou faux ? Les femmes n'ont souvent pas de symptômes pour la plupart des IST fréquentes.
5. Citer trois symptômes associés aux IST dont les femmes peuvent souffrir.
6. Vrai ou faux ? Seulement les IST causant l'ulcère sont associées à un risque élevé de l'infection par VIH.
7. Si elles ne sont pas traitées, quelles sont les effets potentiels des IST ?
8. Quelles sont les principaux effets secondaires des antibiotiques utilisés pour traiter les IST bactériennes ?
9. Est-ce que les femmes adultes aussi bien que les jeunes filles ayant la fistule traumatique devront être traitées pour les IST ? Est-ce que cela concerne les petites filles aussi ?
10. Pourquoi est-il important de traiter les clientes pour les IST avant de faire une chirurgie de réparation de la fistule ?

Document supplémentaire

Document supplémentaire 7-g

Vue d'ensemble du counseling sur les infections sexuellement transmissibles

Les clientes de la fistule traumatique courent le risque d'avoir les Infections sexuellement transmissibles (IST) étant donné qu'elles sont toutes des survivantes de la violence sexuelle. Les clientes recherchant des services immédiatement après l'incident de violence sexuelle aussi bien que celles qui se rendent plus tard au centre de santé devront recevoir du counseling et un traitement pour les IST. Les clientes qui viennent dans l'intervalle des 72 heures suite à l'incident peuvent être traitées de manière préventive. Tandis que celles qui viennent après les 72 heures peuvent être déjà infectées et pourront faire le test des IST s'il existe des structures disponibles pour ces genres de test, ou elles peuvent être traitées à travers la gestion des syndromes pour des infections spécifiques. Cependant, la plupart des IST n'ont pas de symptômes, particulièrement chez les femmes, et il est préférable de faire le test. Les clientes devant subir une opération de la fistule devront être testées pour toutes les infections connues avant l'opération.

Le traitement préventif des clientes recherchant de l'aide dans l'intervalle des 72 heures de l'incident devront recevoir des antibiotiques pour la gonorrhée, la chlamydia et la syphilis. La prévalence des IST spécifiques dans tout pays particulier varie. Si le chancre mou et/ la trichomonase sont des infections fréquentes, les clientes devront également recevoir un traitement préventif pour ces genres d'infections. Les antibiotiques pour la prévention et le traitement des IST peuvent démarrer en même temps que la contraception d'urgence et/ou la prophylaxie post-exposition pour prévenir la transmission du VIH, bien que les doses doivent être réparties ou prises au cours des repas pour réduire les risques de nausée (OMS et UNHCR, 2004).

Le counseling des clientes sur les IST devra inclure les informations suivantes :

- De quelles IST s'agit-il et comment sont-elles transmises ?
- Les types communs d'IST, les symptômes, le traitement et les effets éventuels
- Les liens qui existent entre les IST et le risque d'infection par VIH
- L'importance d'effectuer tout traitement prescrit
- La transmission éventuelle aux partenaires sexuels

Il est important de couvrir les points suivants au cours du counseling des clientes sur les IST (adapté de RHRC Consortium, 2004) :

- Les IST font partie des problèmes sanitaires les plus fréquents affectant les adultes dans le monde entier.
- Les IST peuvent être transmises à travers le contact vaginal, anal ou sexuel oral. Si la cliente est infectée et a eu des rapports sexuels non protégés avec son partenaire à la suite de l'incident/des incidents de la violence sexuelle, il est probable qu'elle ait transmis l'infection/les infections. Dans ce cas, il est important que le/les partenaire(s) soient également testés et traités. Si la cliente est traitée et que le partenaire ne l'est pas, la cliente peut être réinfectée.

- Certaines IST sont causées par une bactérie et peuvent être facilement traitées. D'autres sont causées par des virus et ne peuvent pas être guéries mais l'on pourrait en assurer la gestion.
- Les IST guérissables les plus fréquentes sont la syphilis, le chancre mou, la gonorrhée, la chlamydia et la trichomonase.
- Les IST incurables sont celles causées par les virus (par ex. le VIH, le herpès génital, les verrues génitales et l'hépatite B et C).
- Les IST peuvent avoir de graves conséquences médicales telles que les maladies chroniques, la mort, l'infécondité, l'avortement spontané, les maladies néonatales et les anomalies congénitales.
- La plupart des IST n'ont aucun symptôme. Cependant ce qui suit constitue quelques symptômes pouvant apparaître :
 - Écoulement inhabituel à travers le vagin ou le pénis
 - Douleur ou brûlure à la miction
 - Démangeaison ou irritation des organes génitaux
 - Plaies, ampoules ou grosseurs au niveau des organes génitaux
 - Rougeurs, notamment au niveau des paumes de la main ou des plantes des pieds
 - Douleurs abdominales basses
 - Gonflement de l'aîne
- Les IST qui causent l'ulcère aussi bien que celles qui ne le causent pas peuvent améliorer les facteurs de risques de transmission du VIH à travers l'intensification de la nature infectieuse et de la prédisposition.
- Un traitement efficace des IST peut réduire les risques d'infection par VIH.

Le tableau suivant fournit des informations générales sur les IST fréquentes. Les prestataires de soins et les conseillers se réfèrent aux directives nationales pour obtenir de plus amples informations ainsi que des renseignements spécifiques aux emplacements pour déterminer ce qui est plus approprié à cet endroit, et les directives sur le traitement.

Des informations supplémentaires sur les options de traitement des IST, conformément aux directives de l'Organisation mondiale pour la Santé, sont disponibles à l'OMS et le UNHCR, 2004 ; et l'OMS, 2005.

Références

Organisation mondiale pour la Santé (OMS) et United Nations Office of the High Commissioner for Refugees (UNHCR). 2004. *Clinical management of rape survivors: developing protocols for use with refugees and internally displaced persons—Revised ed.* Genève. Se référer au lien suivant : www.who.int/reproductive-health/publications/clinical_mngt_rapesurvivors/clinical_mngt_rapesurvivors.pdf.

OMS. 2005. *Sexually transmitted and other reproductive tract infections: A guide to essential practice.* Genève. Se référer au lien suivant : www.who.int/reproductive-health/publications/rtis_gep/index.htm.

Reproductive Health Response in Conflict (RHRC) Consortium. 2004. *Emergency contraception for conflict-affected settings: A reproductive health response in conflict—Consortium distance learning module.* New York.

Vue d'ensemble sur les Infections sexuellement transmissibles qui se soignent

Infection	Source	Symptômes (chez les femmes)	Effets secondaires éventuels (chez les femmes)
Gonorrhée	Bactérie <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Jusqu'à 80 % des femmes peuvent ne pas avoir des symptômes. S'ils apparaissent, d'habitude ils durent 2 à 7 jours (et ce jusqu'à 30 jours) après l'infection et se manifestent comme suit : <ul style="list-style-type: none"> • Douleur ou brûlure à la miction • Écoulement vaginal inhabituel • Saignement en dehors des périodes menstruelles • Saignements après les rapports sexuels 	Si elle n'est pas traitée, la gonorrhée peut s'étendre dans l'appareil reproducteur et peut entraîner une infection pelvienne (PID)..
Chlamydia	Bactérie <i>Chlamydia trachomatis</i>	Jusqu'à 75 % des femmes peuvent ne pas avoir des symptômes. S'ils apparaissent, d'habitude ils durent 1 à 3 semaines après l'infection et se manifestent comme suit : <ul style="list-style-type: none"> • Écoulement vaginal inhabituel • Saignements après les rapports sexuels • Saignement en dehors des périodes menstruelles • Douleur abdominale 	Si elle n'est pas traitée, la chlamydia peut entraîner les infections pelviennes et peut augmenter les risques d'infection et de transmission du VIH. Les infections de la chlamydia peuvent également entraîner un accouchement prématuré et peuvent être transmises au bébé au moment de l'accouchement, ce qui peut résulter à la conjonctivite néonatale et/ou à la pneumonie.
Trichomonase	Parasite <i>Trichomonas vaginalis</i>	Environ 50 % des femmes ont les symptômes qui apparaissent et durent 5 à 28 jours après l'infection et se manifestent comme suit : <ul style="list-style-type: none"> • Écoulement vaginal inhabituel • Démangeaison ou brûlure du vagin et de la vulve • Gêne au cours des rapports sexuels ou à la miction 	D'après des recherches, la trichomonase pourrait faciliter la transmission du VIH. Concernant les issues de la grossesse, elle est également associée à l'accouchement prématuré, la perte des eaux précoces et l'insuffisance de poids à la naissance.

continué à la page suivante

Vue d'ensemble sur les Infections sexuellement transmissibles qui se soignent (suite)

Infection	Source	Symptômes (chez les femmes)	Effets secondaires éventuels (chez les femmes)
Syphilis	Bactérie <i>treponema pallidum</i> (tréponème pâle)	<p>Les symptômes apparaissent par étapes et peuvent survenir entre 10 jours et trois mois à la suite de l'infection, en général environ trois semaines après l'infection. Les symptômes se manifestent comme suit à des étapes différentes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Syphilis primaire (1à 3 mois) : petite plaie indolore au niveau de la zone de contact sexuel, disparaît d'habitude dans les 4 à 6 semaines même sans traitement. L'absence de traitement peut mener à sa progression à l'étape suivante. • Syphilis secondaire (1à 3 mois) : éruption cutanée généralisée pouvant inclure la paume des mains, la plante des pieds et les surfaces des muqueuses. Les symptômes sont les suivants : fatigue, maux de gorge, perte de cheveux irrégulier, douleurs musculaires, gonflement des ganglions lymphatiques et fièvre. Les symptômes peuvent disparaître en l'espace de quelques semaines ou d'une année, mais l'infection va demeurer (elle peut devenir latente ou progresser à l'étape tertiaire) si elle n'est pas traitée. • Syphilis tertiaire (2 à 50 ans) : 30 % des cas non traités atteindront ce stade qui implique des lésions internes et peut mener à des problèmes de coordination, à la paralysie, l'engourdissement, la cécité graduelle, la démence, la lésion conjointe, la maladie du cœur et éventuellement la mort. 	Se référer à la syphilis tertiaire (colonne précédente) sur les complications potentielles.

continué à la page suivante

Vue d'ensemble sur les Infections sexuellement transmissibles qui se soignent (*suite*)

Infection	Source	Symptômes (chez les femmes)	Effets secondaires éventuels (chez les femmes)
Chancre mou	Bactérie <i>haemophilus ducreyi</i>	Les femmes peuvent être asymptomatiques, mais généralement les symptômes apparaissent 3 à 4 jours après l'infection (et peuvent aller jusqu'à 14 jours après l'infection). Les symptômes sont les suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • Ulcères douloureux avec des parois irrégulières au niveau ou autour des organes génitaux • Gonflement douloureux des ganglions lymphatiques • Ulcération des ganglions lymphatiques 	Aucune complication généralisée.

Adapté de : RHRC Consortium, 2004.

Document supplémentaire

Document supplémentaire 7-h

Prophylaxie post-exposition (PPE) pour l'infection par VIH

Bien que les risques de transmission du VIH au cours d'un seul épisode de relation sexuelle soient relativement faibles, les clientes ayant souffert de la violence sexuelle ont des préoccupations bien fondées concernant le résultat éventuel pour la santé, particulièrement dans un endroit où la prévalence du VIH est élevée. Le risque d'infection par VIH peut être plus élevé dans les cas de viol que dans les relations consensuelles à cause du traumatisme physique. Les clientes de plus jeune âge peuvent également courir de plus grands risques à cause de l'immaturation physiologique (cellules vaginales et du col de l'utérus).

Des recherches ont démontré que l'utilisation des antirétroviraux en un temps court en tant que prophylaxie post-exposition (PPE) est une méthode efficace pour la réduction du risque d'infection par VIH dans certains cas. Les signes concernant l'efficacité de l'utilisation de la PPE dans les cas d'agression sexuelle ne sont pas concluants, mais l'on croit qu'elle est bénéfique si la cliente parvient à accéder aux services sanitaires dans les 48 à 72 heures après le viol. La PPE ne peut pas être considérée comme efficace à 100%. Cependant, la PPE devra être offerte aux clientes de la fistule traumatique qui viennent dans les 72 heures après le viol à moins que l'on ne connaisse déjà que la cliente est VIH positive. Dans des cas où la cliente a été violée plus d'une fois pendant une période, l'intervalle de temps de 72 heures s'applique à l'exposition éventuelle la plus récente. Si l'on connaît déjà que la cliente est VIH positive, la PPE ne devra pas être offerte étant donné qu'elle n'aura aucun effet et peut augmenter les risques de la cliente à développer une résistance à la thérapie antirétrovirale (OMS, 2007).

La thérapie de la PPE est recommandée si :

- Moins de 72 heures se sont écoulées depuis l'incident du viol le plus récent, l'on ne connaît pas si la cliente est VIH positive, la séropositivité de l'agresseur/des agresseurs est soit connue ou inconnue, et le viol a impliqué un ou la plupart des éléments suivants :
 - Le contact vaginal a eu lieu sans préservatif (ou le préservatif était utilisé mais a éclaté ou s'est glissé par la suite).
 - Le contact oral a eu lieu avec éjaculation.
 - Le sang ou l'éjaculat des agresseurs/de l'agresseur a eu un contact avec la muqueuse ou la peau non intacte de la cliente pendant l'agression.
 - La cliente était inconsciente au moment de l'agression et n'est pas sûre de la façon dont elle s'est déroulée.
 - La cliente a été victime d'un viol en bandes.

(Adapté de : OMS, 2007.)

Régime de la PPE

- Si la cliente est éligible pour la PPE selon les critères ci-dessus, le traitement (dose initiale) peut démarrer soit avant le test de VIH ou une heure ou deux heures après les résultats du test, au cas où le test rapide est disponible.
- Le régime prioritaire de la PPE est basé sur une combinaison de deux médicaments qui sont : la zidovudine et la lamivudine. Il existe d'autres médicaments qui peuvent également être prises avec la lamivudine à la place de la zidovudine, mais cela dépend du médicament utilisé dans le pays. Le personnel médical devra consulter les protocoles nationaux pour de plus amples informations.
- La dose complète de la PPE est de 28 jours et la respecter est très importante étant donné qu'il est supposé plus efficace uniquement à la dose complète.
- Il existe trois options pour le dosage :
 - La fourniture d'un échantillon de dosage de 1 à 7 jours de dose si la cliente peut revenir 1 à 3 jours après pour le test complet du VIH et le counseling, et pour récupérer le reste du médicament. Cela encourage la cliente à revenir pour obtenir des services et minimise également les pertes dans le cas où le traitement est interrompu.
 - Le dosage progressif où l'on donne à la cliente des médicaments chaque semaine ou chaque 15 jour pour encourager le suivi et minimiser les pertes.
 - Le dosage complet pour les 28 jours, spécialement si la cliente pourrait ne pas revenir à l'hôpital ou à la clinique pour le suivi.
- Parmi les effets secondaires, il y a les nausées et la fatigue. Si possible, l'on devra également donner à la cliente des antinauséeux.
- La PPE devra également être offerte aux clientes de plus jeune âge (les filles), en tenant en compte le dosage adéquat selon le poids.
- Les femmes enceintes peuvent prendre le régime prioritaire de la PPE sans danger. (il est contre-indiqué de combiner le tenofovir et l'emtricitabine.)

(Adapté de : OMS, 2007.)

Points clé pour le counseling

Les points clé suivants devront être inclus dans le counseling des patients de la fistule traumatique en ce qui concerne le VIH et la PPE:

- *Le VIH et la possibilité de transmission.* Au cas où elle ne le connaît pas encore, la cliente devra être informée de la possibilité d'être infecté par le VIH à la suite de la violence sexuelle qu'elle a subie. Il est essentiel d'évaluer la compréhension que la cliente a du VIH et du SIDA et de fournir des informations de base sur le VIH, au besoin. La probabilité de contracter le VIH à partir d'un seul incident de relation consensuelle par contact vaginal est minime (elle est estimée à un sur 100 et un sur 1000). Mais le risque est réel et peut être plus grand dans le cas du viol pouvant entraîner la fistule traumatique—c'est-à-dire, un viol entraînant la déchirure des tissus internes et des plaies ouvertes, et/ou un viol perpétré par plusieurs agresseurs.

- *Efficacité de la PPE.* La cliente devra être informée qu'une période de 28 jours de thérapie antirétrovirale pourrait prévenir une infection du VIH si l'agresseur/les agresseurs était/étaient réellement VIH positif(s). La PPE n'est pas considérée comme étant efficace à 100%, et l'on ne connaît pas le degré d'efficacité dans la prévention de *l'infection après les rapports sexuels, mais l'on suppose qu'elle est salutaire.*
- *Respect du régime de la PPE.* La première dose devra être prise le plus tôt possible et même avant le test de VIH. La cliente devra recevoir des informations sur le régime posologique, la dose journalière adéquate, et l'importance de la respecter. Il est important de respecter le régime prescrit car il assure l'effet maximal de prévention et également, au cas où la cliente est VIH positive, le risque de résistance pour le traitement augmente.
- *Effets secondaires.* Les effets secondaires les plus fréquents sont les nausées et la fatigue. De tels effets peuvent être réduits selon le type de régime médicamenteux prescrit, à travers l'ordonnance de médicaments antinauséeux et en prenant les médicaments au cours des repas.
- *Test du VIH.* Il est recommandé mais ne constitue pas une condition requise pour les clientes éligibles pour recevoir la PPE. Il est préférable de refaire le test et le counseling 2 à 4 mois après l'exposition de la cliente (supposant qu'elle a été capable d'avoir accès aux services avant cette période) et encore une fois entre 4 et 6 mois.
- *Confidentialité.* Comme dans tous les autres aspects relatifs au counseling de la cliente sur le plan médical et psychosocial, il est important d'insister sur le fait que toutes les informations relatives à la situation de la cliente, notamment les résultats des tests, doivent être gardés dans la plus grande confidentialité.

Consentement éclairé

Le consentement éclairé devra être obtenu avant l'administration de la PPE. Les directives de l'Organisation mondiale pour la Santé/l'Organisation internationale du travail sur la PPE pour prévenir l'infection par VIH indiquent que les informations qui devront être fournies au cours du counseling pour la PPE en tant que partie intégrante du processus de consentement éclairé sont les suivantes :

- Le risque d'acquérir l'infection par VIH à partir de l'exposition spécifique
- Le connu et l'inconnu concernant l'efficacité de la PPE
- L'importance de faire le test du VIH et de recevoir le counseling approprié concernant le post-test (bien que le test peut être retardé, au besoin)
- L'éventualité d'avoir déjà contracté le VIH devra être évaluée si elles n'avaient pas encore fait le test du VIH
- Les personnes qui sont déjà infectées par le VIH doivent être renvoyées en consultation vers une clinique locale pour le traitement, et si elles avaient déjà commencé la thérapie de la PPE, les médicaments devront être arrêtés lorsque le diagnostic sera confirmé.
- La PPE devra être administrée aux individus ayant des résultats incompatibles du test rapide du VIH en attendant les tests de confirmation des laboratoires
- Le fait que la médication de la PPE sera interrompue si le test initial du VIH est positif : un tel traitement ne marche pas chez les personnes vivant avec le VIH et pourrait augmenter le risque de résistance aux médicaments chez les personnes déjà infectées

- L'importance de respecter la prise des médicaments
- La durée de la période prescrite pour la prise des médicaments (quatre semaines)
- Les effets secondaires fréquents pendant la prise des médicaments de la PPE
- Le fait de pouvoir arrêter de prendre les médicaments de la PPE à tout moment, mais si elles le font, ils n'en bénéficieront probablement pas entièrement si la source à laquelle ils sont exposée était VIH positive.
- Les médicaments de la PPE peuvent être pris pendant la grossesse et peuvent protéger la femme d'être infectée par le VIH après l'exposition
- Le fait de continuer d'allaiter en prenant la PPE n'a pas de danger, même si les femmes ont contracté le VIH pendant l'allaitement, le risque de transmission à travers l'allaitement est plus grand à un stade précoce de l'infection (un counseling approprié devra discuter d'alternatives sans danger pour l'allaitement si elles sont acceptables, faisables, très abordables et durables).
- Le fait que l'allaitement exclusif soit fortement recommandé là où il n'existe pas de solutions de remplacement.

Source : Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2007. *Post-exposure prophylaxis to prevent HIV infection: Joint WHO/ILO guidelines on post-exposure prophylaxis (PEP)*. Genève. p. 21. Se référer au lien suivant : http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596374_eng.pdf/.

Session 8

Counseling de la famille de la cliente

La Session 8 intitulée *Counseling de la cliente souffrant de la fistule obstétricale* se concentre sur les besoins en counseling des familles des clientes de la fistule obstétricale, particulièrement sur le but du counseling offert aux membres de la famille à chaque étape de prestation de service, sur les questions pouvant être traitées de la meilleure façon possible dans le counseling conjoint et celles abordées à travers le counseling individuel, et sur l'utilisation des techniques de counseling pour répondre aux besoins en counseling des membres de la famille.

Cependant, les clientes de la fistule traumatique présentent aux prestataires une variété de questions psychologiques différentes. Étant donné que les époux et les autres membres de la famille peuvent être une excellente source de soutien aux clientes de la fistule traumatique, ils peuvent également avoir un large éventail d'émotions à la suite de la violence sexuelle perpétrée contre les femmes et les filles. Durant les conflits, moment où le viol est utilisé comme arme de guerre, les combattants armés violent parfois les femmes et les filles devant les autres membres de la famille pour terroriser davantage la communauté et détruire ainsi l'image des hommes et des parents en tant que protecteurs.

Même si les maris et les autres membres de la famille n'ont pas été des témoins directs de la violence, ceux qui sont les plus proches des victimes peuvent être traumatisés eux-mêmes et seront moins capables de fournir le soutien affectif et les soins physiques nécessaires. Malheureusement, la moitié ou la majeure partie de toutes les patientes de la fistule traumatique qui sont mariées peuvent être abandonnées par leurs maris à cause du viol et des blessures qui en découlent.

Pour intégrer les informations sur la fistule traumatique dans la présente session, il faudra se référer aux éléments suivants contenus dans ce supplément (tel qu'indiqué dans les instructions des cases rose du curriculum de formation de la fistule obstétricale) :

- Vue d'ensemble de la Session 8 équivalente : Objectifs de la session, Points à retenir, Méthodes de formation, Matériels et Préparation préalable (pages 176 à 181)
- Ressource supplémentaire : Supplément 8A : Impact de la violence sexuelle et de la fistule traumatique sur les maris et les familles (pages 182 à 184)
- Ressource supplémentaire : Supplément 8B : Vue d'ensemble du counseling de la famille de la cliente [version de remplacement/longue de la Partie A, Activité 1] (pages 185 à 187)
- Ressource supplémentaire : Partie D Points supplémentaires pour la discussion (page 188)

Vue d'ensemble de la Session 8 équivalente

Vue d'ensemble de la Session 8

Objectifs de la session

A la fin de cette session, les participants devront être en mesure de faire ce qui suit :

- Décrire le but du counseling des membres de la famille des clientes de la fistule à chaque étape de la prestation de services
- Lister les membres de la famille pouvant bénéficier du counseling
- Distinguer les questions qui pourraient être mieux traitées dans le counseling conjoint (par ex., la cliente et les membres de la famille), et celles pouvant être abordées de la meilleure façon à travers le counseling individuel
- Dans les jeux de rôle en salle, faire une démonstration du counseling offert aux membres de la famille à chaque étape de la prestation de services (au besoin), en utilisant des techniques de communication pour répondre aux besoins des membres de la famille
- Elaborer des études de cas de clientes qui ont été rejetées par leurs maris
- Elaborer des études de cas de jeunes clientes (fille) qui sont amenées par les parents ou les autres membres de la famille pour obtenir des services
- Étudier les différentes manières selon lesquelles la violence sexuelle affecte la famille (traumatisme de la famille à travers la perte des êtres chers et la violence qu'ils ont subie) ainsi que les attitudes des familles, les idées fausses et les opinions sur la fistule traumatique
- Définir la médiation familiale et décrire la manière dont elle fonctionne

POINTS À RETENIR

- ✓ Les membres de la famille jouent un rôle particulièrement important dans la réussite globale de la réparation de la fistule et dans la réinsertion sociale de la cliente dans son foyer et dans sa communauté. Toutefois, le fait de décision qui parmi les membres de la famille seront impliqués, et à quelles étapes des soins de la cliente, dépend de la situation particulière de la cliente et sa volonté pour les impliquer.
- ✓ Les prestataires doivent être sensibles aux besoins et désirs de la cliente en ce qui concerne l'implication de sa famille dans ses soins, et ne devront inclure d'autres personnes (comme son mari ou les autres membres de la famille ou des amis) dans les séances de counseling que si la cliente le souhaite.
- ✓ Les prestataires devraient respecter la vie privée et la confidentialité de la cliente en ne peut que fournir des informations sur l'état et le traitement de la cliente aux membres de la famille si seulement la cliente est présente et/ou demande que ces informations soient partagées avec sa famille.

(suite)

POINTS À RETENIR (SUITE)

- ✓ La manière dont un membre de la famille est invité à soutenir la cliente dépend des besoins de la cliente et des capacités du membre de la famille. Afin de maximiser la capacité de chaque membre de la famille choisie pour soutenir la cliente, les prestataires doivent fournir en temps opportun un counseling ciblé à tous les membres de la famille qui vont aider dans les soins de la cliente.
- ✓ Les avantages du counseling offert aux couples sont les suivants :
 - Il est plus probable qu'ils respectent la période recommandée d'abstinence après la réparation chirurgicale.
 - Ils feront un meilleur usage des méthodes contraceptives.
 - Ils seront plus susceptibles de prendre des décisions ensemble.
 - La communication entre les deux sera renforcée.
 - Les prestataires auront l'opportunité de réitérer les messages importants pour réduire le stigmate de la violence sexuelle et expliquer les effets psychologiques fréquents de celle-ci.
 - Le prestataire pourra directement conseiller le mari de la cliente sur la possibilité de transmission du VIH/des IST et sur les autres conséquences sanitaires de la violence sexuelle.
- ✓ Les avantages du counseling conjoint offert aux membres de la famille et aux clientes sont les suivants :
 - Les clientes seront plus susceptibles de revenir pour des visites de suivi.
 - Les clientes seront plus susceptibles de rechercher en temps opportun des soins médicaux, gynécologiques et obstétricaux.
 - Les clientes auront de meilleurs résultats concernant leur santé
 - Les clientes se sentiront soutenues par le prestataire en discutant des aspects psychologiques de la violence sexuelle et de la fistule traumatique avec les membres de la famille.
- ✓ Les risques du counseling offert au couple en même temps ou counseling conjoint pourraient entraîner ce qui suit :
 - Exposer les informations que la cliente ne veut pas partager
 - Interdire à la cliente le droit au choix éclairé
 - Causer des conflits au sein du couple ou de la famille
- ✓ Lorsqu'une cliente de fistule obstétricale retourne dans sa communauté, qu'elle rejoigne le domicile conjugal ou non, elle aura besoin de soutien sur le plan social, matériel et socio-économique de la part de sa famille et de sa communauté.
- ✓ Si la cliente n'est pas accompagnée par un membre de sa famille, le conseiller socio-psychologique devra demander les raisons et/ou s'enquérir de la personne qui pourrait aider la cliente durant le processus de récupération sur le plan physique et concernant sa réinsertion dans la communauté.

Méthodes de formation

- Présentation/discussion
- Remue-méninges
- Jeu de rôle (*Note* : Concernant les parties B jusqu'à D, suivre les directives générales concernant le jeu de rôle ci-dessous. Les particularités de chaque session seront soulignées dans les instructions de la session.)

Matériels

- Tableau en papier, chevalet, marqueurs et ruban adhésif
- Tableau en papier pour les études de cas de la cliente (à partir de la Session 4)
- Document du participant 8-A : Counseling des membres de la famille de la cliente – Scène 1
- Document du participant 8-B : Counseling des membres de la famille de la cliente – Scène 2 Scenario
- Document du participant 8-C : Counseling des membres de la famille de la cliente – Scène 3
- Document du participant 8-D : Counseling des membres de la famille de la cliente - Scène 4
- Document du participant 8-E : Counseling des membres de la famille de la cliente - Scène 5
- Document du participant 8-F : Membres de la famille clés pouvant soutenir la cliente
- Document du participant 8-G : Soutien social aux clientes de fistule obstétricale
- Document du participant 8-H : Counseling des membres de la famille de la cliente
- Transparent 8-A : Exemple de guide d'apprentissage du counseling pour les périodes préopératoires et les périodes postopératoires immédiates
- Transparent 8-B : Exemple de guide d'apprentissage pour les périodes de la sortie/ du suivi
- Support pour les jeux de rôle tels que le matériel éducatif de la cliente, une couverture, un rideau, des draperies ou autre matériel pouvant rendre les jeux de rôle plus réalistes
- Caméra vidéo et télévision ou moniteur (facultatif)

Préparation préalable

1. Préparer un tableau-papier listant les objectifs de la présente session.
2. Revoir tous les documents et faire une copie pour chaque participant.
3. Préparer les tableaux-papier suivants :
 - « Occasions de counseling des membres de la famille : Admission au pavillon et période préopératoire »
 - « Occasions de counseling des membres de la famille : Période postopératoire »
 - « Occasions de counseling des membres de la famille : Sortie et suivie »
 - Un tableau-papier avec deux colonnes : « Avantages du counseling conjoint » et « Risques du counseling conjoint »

- « Besoins et préoccupations des membres de la famille : Admission et période préopératoire »
 - « Besoins et préoccupations des membres de la famille : Période postopératoire »
 - « Besoins et préoccupations des membres de la famille : Sortie et suivie » « Réactions des membres de la famille envers les clientes de la fistule : Admission et période préopératoire »
 - « Réactions des membres de la famille envers les clientes de la fistule : Période postopératoire »
 - « Réactions des membres de la famille envers les clientes de la fistule : Sortie et suivie »
4. Préparer la salle de sorte que chaque groupe puisse s'asseoir près de son étude de cas et des tableaux-papier des sentiments respectifs.
 5. Mettre en place la caméra vidéo et la télévision ou un moniteur (facultatif).

NOTE AUX FORMATEURS

Guide général pour le jeu de rôle

Les parties B jusqu'à D de la Session 8 suivent toutes le même format. Ce qui suit constitue un guide général des jeux de rôle pouvant être utilisé pour toutes les pratiques de counseling dans cette session, suivant les quatre activités décrites en détail dans le présent guide.

Pendant les jeux de rôle, les participants utiliseront les clientes des études de cas (à partir de la Session 3) comme personnages. Bien que le processus soit le même pour chaque jeu de rôle, les transparents, documents et tâches de communication seront différents.

Activité 1 : Remue-méninges/Discussion

1. Poser les questions suivantes aux participants : Quelle est la finalité du counseling des membres de la famille ? Quelles seront les personnes considérées comme membres clés de la famille ? Quelles sont les informations dont les membres de la famille ont besoin pour soutenir la cliente de la fistule au cours de la scène attribuée (par ex., les besoins d'information concernant la cause de la fistule, les aspects cliniques et sociaux de leur état et de la fistule, les effets sur la cliente et sur les membres de la famille, et les moyens utilisés par les membres de la famille pour offrir leur soutien) ? Quels sont les autres besoins et préoccupations que les membres de la famille pourraient avoir ?
2. Ecrire les commentaires des participants sur le tableau-papier intitulé «Besoins et préoccupations des membres de la famille » [scène attribuée].
3. Demander aux participants de réfléchir sur la gamme d'émotions qu'un membre de la famille pourrait ressentir. Ecrire leurs commentaires sur le tableau-papier intitulée « Réactions des membres de la famille envers la cliente de la fistule [scène attribuée], et afficher le tableau-papier sur le mur.
4. Demander aux participants la manière dont le prestataire de service peut répondre à ces besoins, à la fois sur le plan verbal et non verbal. Résumer en expliquant l'importance de rassurer et de prendre soin des membres de la famille.
5. Résumer en passant en examinant les directives sur le conseil pour la scène.

NOTE AUX FORMATEURS

Activité 2 : Préparation au jeu de rôle

1. Projeter les Transparents 8-A et 8-B à partir de l'Annexe D pour fournir un guide pour le counseling.
2. Distribuer les Documents 8-F : Membres de la famille essentiels pouvant soutenir la cliente ; 8-G : Soutien social à la cliente de la fistule obstétricale; et 8-H : Counseling des membres de la famille de la cliente, que les participants utiliseront comme référence en élaborant les messages à fournir à la cliente ou à un membre de sa famille. Ces éléments ne sont que des guides, et les participants devront les comparer avec les protocoles de leurs institutions respectives.
3. Répartir les participants dans les mêmes groupes des clientes d'études de cas que ceux formés dans la Session 4-A : Activité 6 (page 106 du curriculum de formation de la fistule obstétricale). Positionner chaque groupe près du lieu où les tableaux-papier des études de cas et des sentiments sont affichées sur le mur. Attribuer le cadre ou la scène de prestation de services pour le jeu de rôle.
4. Demander à chaque groupe de faire ce qui suit :
 - Elaborer un jeu de rôle de 5 à 10 minutes pour le counseling pendant la scène attribuée accomplissant les tâches de communication suivantes :
 - a. Évaluer le membre de la famille le plus approprié pour l'inclure dans le counseling
 - b. Évaluer la disponibilité du membre de la famille à discuter de ses préoccupations et sentiments
 - c. Encourager le membre de la famille à poser des questions et à exprimer ses opinions et sentiments
 - d. Répondre aux questions du membre de la famille avec des explications simples
 - Ne pas oublier d'utiliser les questions ouvertes ou de sentiment que les participants ont élaborées pour répondre aux préoccupations sur la sexualité et les rapports sociaux entre les sexes.

CONSEIL POUR LA FORMATION

Se rappeler que le formateur pourrait modéliser/démontrer un segment du jeu de rôle ou montrer des exemples de réflexion (interprétation des sentiments derrière les propos d'une cliente).

5. Distribuer les supports à chaque groupe.
6. Utiliser les transparents 8-A et 8-B de l'Annexe D, ainsi que le Document 8-H du participant pour observer ceux qui participent au jeu de rôle, afin de s'assurer qu'ils suivent les normes relatives au counseling.
7. Circuler dans la salle et offrir de l'aide à mesure que les participants développent leurs jeux de rôle.

NOTE AUX FORMATEURS (suite)*Activité 3 : Pratique des jeux de rôle*

1. Choisir au hasard un groupe pour procéder à son jeu de rôle afin que les autres participants puissent observer, en utilisant la liste de vérification pour le counseling en tant que guide de l'observateur pour faire des commentaires.
2. Introduire le jeu de rôles en rappelant aux participants le contexte de l'étude de cas.
3. Filmer le jeu de rôles (facultatif).
4. Arrêter le jeu de rôles s'il dépasse l'heure fixé.
5. Visionner la bande vidéo du jeu de rôle (si la vidéo est utilisée) et discuter pendant 10 minutes, en posant les questions suivantes :
 - Selon vous, qu'a ressenti la « cliente » ou le « membre de la famille » pendant le jeu de rôles ?
 - Quelles sont les tâches de communication accomplies ?
 - Les informations fournies ont-elles été techniquement exactes et appropriées ?
 - Est-ce qu'un langage simple a été utilisé pour expliquer les questions techniques ?
 - Qu'est-ce que le groupe a accompli de manière adéquate ? Commencer par demander au groupe de s'auto-évaluer, puis demander aux autres participants de faire leurs commentaires ; finir en faisant un résumé des commentaires positifs
 - Comment pourraient-ils améliorer (concernant aussi bien la technique que le contenu). Encore une fois, il faudra commencer par demander au groupe de s'auto-évaluer, puis demander aux autres participants de faire leurs commentaires, et finir en faisant un résumé des manières de s'améliorer.

Activité 4 : Discussion

1. Résumer les jeux de rôles en posant les questions suivantes :
 - Qu'avez-vous appris dans cette session ?
 - Comment pourriez-vous appliquer ce que vous avez appris dans votre propre cadre de travail ?
2. Soyez prêt pour effectuer votre propre jeu de rôle de démonstration au cas où des étapes ou compétences essentielles doivent être renforcées.

Durée (totale) de la session : 4 heures, 35 minutes, to 4 heures, 50 minutes

Aller à la page 233 du curriculum de formation de la fistule obstétricale – Session 8 : Etapes de la formation.

Ressource supplémentaire

Supplément 8A

Impact de la violence sexuelle sur les maris et les familles

NOTE AUX FORMATEURS

A cette étape de la formation, les participants auront concentré presque toute leur attention sur la compréhension des expériences et des besoins de counseling des clientes de la fistule. Mais le fait d'aider la cliente de la fistule traumatique à réussir à faire face aux problèmes sur le plan psychosocial et physique implique également la nécessité de traiter les questions en rapport avec **sa famille**. Cette dernière jouera un rôle particulièrement important dans la réussite de son rétablissement aussi bien physique que psycho-social.

L'activité mise en évidence dans le présent supplément a pour but d'aider les participants à changer leur manière de penser concernant la cliente en tant qu'individu dans un contexte plus large de sa famille. La présente activité, ainsi que les autres qui suivent dans cette session vont donner aux participants l'opportunité d'établir un lien entre les idées et expériences générées au cours de leurs activités antérieures.

Durée : 10 minutes

Préparation préalable

1. Clouer les trois tableaux-papier découlant de l'activité de la session 2 sur le «rassemblement des idées », Partie 2 (Fistule traumatique et impact psychosocial au niveau individuel, familial et communautaire) soit sur la planche du tableau papier soit sur les murs de la salle de formation en utilisant une autre feuille de papier pour les couvrir jusqu'au moment où ils sont utilisés dans l'activité.

CONSEIL POUR LA FORMATION

Les maris et les autres membres de la famille jouent un rôle important dans l'expérience de la cliente de la fistule traumatique et peuvent être une excellente source de soutien. L'on sait également que la violence sexuelle contre les femmes ou les filles peuvent avoir un profond impact psychosocial sur les membres de sa famille. Durant les conflits, au moment où le viol est utilisé comme arme de guerre, les combattants armés violent parfois les femmes et les filles devant les autres membres de la famille pour terroriser davantage la communauté et détruire ainsi l'image des hommes et des parents en tant que protecteurs. Même si les maris et les autres membres de la famille n'ont pas été des témoins directs de la violence, ceux qui sont les plus proches des victimes peuvent être traumatisés eux-mêmes et seront moins capable de fournir le soutien affectif et les soins physiques dont les victimes ont besoin. Malheureusement, dans certains cas, les maris et les autres membres de la famille peuvent aller jusqu'à rejeter la survivante.

(suite)

CONSEIL POUR LA FORMATION (suite)

Les maris et les autres membres de la famille des clientes de la fistule traumatique ressentent une large variété d'émotions parfois conflictuelles à la suite des situations suivantes :

Sentiments négatifs :

- Culpabilité, colère, et/ou impuissance à cause de leur incapacité d'empêcher l'agression de se produire ou de protéger la femme/fille
- Peur et sentiments liés au traumatisme à cause de la violence ; crainte des conséquences sanitaires telles que le VIH et les autres IST
- Peur du fait que les membres de la famille vont subir encore des agressions similaires dans le futur
- Honte dirigée contre les survivantes à cause du stigmate sociale associé au viol
- Dégoût à cause des aspects physiques des blessures de la fistule traumatique
- Colère/ressentiment contre la victime du fait de ne pas pouvoir travailler à cause des blessures et/ou stress en rapport avec d'autres responsabilités de prise en charge

Sentiments positifs :

- Compassion pour la survivante
- Sens de l'engagement pour le soutien de la survivante pendant son rétablissement
- Facteur protecteur (jouer le rôle de protecteur)
- Responsabilisation afin de pouvoir aider la survivante à avoir accès aux soins dont elle a besoin

Il est également possible que le mari et/ou les autres membres de la famille de la cliente, eux-mêmes, aient subi une violence sexuelle ou d'autres événements traumatiques. Bien que le but de faire le counseling aux membres de la famille repose sur le fait d'aider les travailleurs sociaux à faciliter un bon rétablissement à la cliente, il est important que les prestataires gardent à l'esprit qu'ils peuvent rencontrer des travailleurs sociaux ayant une variété de sentiments découlant de leur propre expérience personnelle. Le rôle du prestataire, d'abord et avant tout, consiste à répondre aux besoins de la cliente, mais il peut y avoir également des opportunités de renvoyer en consultation les membres de la famille vers d'autres services pour des soins les concernant.

Activité 1 : Mise en train (10 minutes)

1. Rappeler aux participants que durant les sessions précédentes, ils ont couvert un grand nombre de sujets se concentrant sur la compréhension et la réponse aux besoins des clientes de la fistule, y compris les clientes de la fistule traumatique.
2. Demander si un des participants se rappelle de l'exercice de Rassemblement des idées qu'ils ont effectué au cours de la Session 2 (Compréhension de la fistule traumatique), Partie E (Fistule traumatique et impact psychosocial aux niveaux individuel, familial et communautaire). Aider les participants à se rappeler de l'idée générale de l'activité.

3. Sur trois nouvelles feuilles de tableaux-papier, demander aux participants d'identifier différents types d'impact psychosocial que la fistule traumatique peut avoir au niveau individuel (tableau-papier 1), familial (tableau-papier 2) et communautaire (tableau-papier 3), et écrire les réponses sur les nouveaux tableaux-papier à mesure qu'ils sont annoncés par les participants.
4. Quand les participants auront terminé, découvrir les tableaux de conférence sur lesquels vous avez résumé auparavant les résultats de l'activité de Rassemblement des idées à partir de la Session 2, Partie E. Diriger une discussion en comparant l'impact psychosocial de la fistule traumatique que les participants avaient identifié au début de la formation, avec le sujet dont ils viennent de discuter au cours de cette activité.
5. Conclure la session en faisant un résumé de l'impact de la fistule traumatique et de la violence sexuelle sur les membres de la famille, notamment les époux des clientes. Se référer aux points soulevés dans le premier conseil pour la formation ci-dessous, en insistant sur le fait que le soutien aux membres de la famille des clientes est essentiel pour la guérison et le rétablissement, et que les prestataires de soins de santé ont un important rôle à jouer en aidant la cliente aussi bien que sa famille à être consciente aux besoins des clientes et à y répondre.

Ressource supplémentaire

Supplément 8B

Partie A : Vue d'ensemble du counseling de la famille de la cliente

Durée : 1 heure, 25 minutes

CONSEIL POUR LA FORMATION

Les prestataires de soins de santé soutenant les patientes de la fistule traumatique peuvent faire face à un certain nombre de scénarios impliquant la famille des clientes. Cela dépendra en quelque sorte de l'âge de la cliente ou de sa situation matrimoniale. Par exemple, si la cliente est une jeune fille ou une adolescente qui n'est pas encore mariée, le prestataire devra probablement traiter aussi bien la fille que ses parents et/ou grands parents ou autre proche parent. Dans certains pays, les mineurs qui ont moins de 18 ans n'ont pas le droit de prendre des décisions légales concernant leurs soins de santé, et les conseillers socio-psychologiques doivent répondre à toutes ces préoccupations à travers les parents ou les tuteurs de la cliente. Ils devront être familiers avec le cadre légal de leur pays et travailler en respectant les normes légales existantes ainsi que les droits de l'enfant.

Les femmes qui ont un âge plus avancé et/ou mariées pourraient être accompagnées de leurs maris et/ou des autres membres de la famille. Malheureusement, la plupart des clientes de la fistule sont rejetées par leurs maris à cause du double stigmate de la violence sexuelle et des problèmes d'ordre physique accompagnant la maladie. Les femmes sont parfois rejetées également par les autres membres de la famille. Si une cliente n'est pas accompagnée par un membre de la famille, le conseiller devra sonder les causes pour deux raisons. Premièrement, la cliente aura besoin d'aide aussi bien pendant la réadaptation physique que durant le processus de réinsertion communautaire. Deuxièmement, si la cliente n'est pas accompagnée par un membre de la famille, cela peut signifier le rejet familial et l'éventuelle nécessité pour le conseiller de s'impliquer davantage dans le soutien de la cliente à rétablir les liens à travers la médiation familiale. Certains programmes traitant les questions relatives aux besoins médicaux et psychosociaux des survivantes de la fistule traumatique utilisent aussi bien les approches générales du counseling que la médiation familiale. Cette dernière peut être utilisée dans des cas où la cliente recherche de l'aide pour retourner vers son mari et vers les autres membres de la famille qui l'ont rejetée.

La présente formation se concentre sur les techniques générales de counseling appliquées aux besoins et préoccupations des patientes de la fistule traumatique. La médiation est généralement un processus beaucoup plus compliqué traitant les aspects spécifiques de la situation de la cliente, et visant à faciliter la réconciliation et l'entente au sein de la famille. La médiation exige des compétences en communication et en négociation entre deux ou plusieurs personnes. De telles qualifications doivent être acquises par les prestataires et les conseillers, mais elle n'est pas couverte par la présente formation. Au cours de cette session, il faudra inclure une discussion sur les différences qui existent entre le counseling et la médiation, en vous inspirant des expériences de tout participant qui ont pu être impliqués dans une activité de médiation. Cela peut être effectué au moment d'introduire l'exercice et à des points différents lorsque les groupes présenteront leur travail. Si possible, aider les participants à identifier des ressources supplémentaires de la formation pour acquérir des compétences en médiation, tout en clarifiant que cette formation va continuer à se concentrer sur le counseling en général.

Préparation préalable

1. Préparer trois tableaux-papier en les tenant horizontalement et en dessinant six colonnes sur chacun qui vont être utilisées dans l'Activité 1. Les titres pour ces colonnes sont les suivants :

Sujet éventuels pour le counseling

Groupe de la cliente	Préposés à l'entretien	Besoins physiques et psychosociaux de la cliente	Besoins psychosociaux des préposés à l'entretien	Action	Messages clé

Activité 1 : Travail en petit groupe (45 minutes)

1. Introduire cet exercice en expliquant (1) qu'il existe des opportunités d'offrir le counseling aux clients et à leurs maris/familles à chaque étape des soins ; (2) les familles des clientes ont besoin de counseling sur l'impact physique et psychosocial de la fistule traumatique afin de comprendre la situation actuelle de la cliente ; en même temps, elles peuvent également avoir besoin de counseling eux-mêmes pour aider à aborder la variété de sentiments que les clientes pourraient avoir ; (3) si les besoins en counseling des membres de la famille sont au-delà de leur capacité, les prestataires et les conseillers socio-psychologiques peuvent toujours être en mesure de fournir des informations très précieuses et faire une orientation vers d'autres services.
2. Demander aux participants de se diviser en trois groupes.
3. Expliquer que chaque groupe va discuter des besoins en counseling des membres de la famille pour différents types de clientes : (1) les fillettes et les adolescentes ; (2) les femmes mariées en âge de procréation ; et (3) les femmes adultes. Si le nombre de participants par groupe est trop grand de faire un travail significatif, aider les participants à créer des groupes plus petits par catégorie de cliente.

4. En utilisant les feuilles du tableau-papier préparé pour cette exercice, demander aux participants dans chaque groupe d'identifier les préposés à l'entretien éventuels, la variété de leurs besoins éventuels (y compris les informations fournies aux membres de la famille sur la situation physique et psychosociale de la cliente, ses besoins, choix, etc., et leurs propres besoins), les actions éventuelles pour s'assurer que l'on s'est occupé de ces besoins; et les message relatifs clé au counseling devant être fournis au groupe pour faciliter le rétablissement .
5. Lorsque les groupes auront terminé, demander au représentant de chaque groupe de faire un résumé de leur discussion pour le reste des participants.
6. Donner à chaque participant une copie du Document 8-F et 8-G tiré du *Counseling de la cliente souffrant de la fistule obstétricale*.
7. Animer une discussion sur la variété des besoins des membres de la famille que les prestataires et les conseillers pourraient rencontrer dans leur travail, et des différentes manières de répondre à ces besoins. Il faudra se référer également aux différences qui existent entre le counseling et la médiation.

Retourner à la page 234 du curriculum de formation de la fistule obstétricale – Partie A : Activité 2.

Ressource supplémentaire

Partie D : Le counseling à la sortie—Points supplémentaires pour la discussion

La discussion concernant les besoins en counseling des clientes à la sortie devra couvrir les questions relatives à la sexualité, l'hygiène, les grossesses futures et le besoin de préparation pour les grossesses précoces, le stigmata, les compétences professionnelles et les liens éventuels avec les groupes de soutien communautaires, le cas échéant.

En outre, dans le contexte spécifique de la fistule traumatique, la discussion devra inclure le stigmata lié aussi bien à la fistule qu'à la violence sexuelle, ainsi que les réponses affectives à la violence sexuelle survenue pendant une longue période suivant l'événement. L'on devra également étudier particulièrement la situation des femmes dont la fistule pourrait être le résultat d'une grossesse ou d'un accouchement d'un enfant conçu lors d'une violence sexuelle.

Il est important de rappeler aux participants que les partenaires ou les conjoints pourraient avoir besoin de counseling traitant des questions suivantes :

- Les mythes/idées fausses sur la fistule traumatique et la violence sexuelle
- La manière de traiter la dépression ou d'autres conséquences psychologiques et physiques de la fistule traumatique et de la violence sexuelle

Aller à la page 249 du curriculum de formation de la fistule obstétricale – Session 9 : Soutien à la cliente de la fistule obstétricale.

Session 9

Soutien de la cliente de la fistule traumatique

La Session 9 intitulée *Counseling de la cliente souffrant de la fistule obstétricale* traite la question relative aux besoins d'assurer que la cliente de la fistule reçoit le niveau nécessaire de soutien communautaire, en insistant sur l'organisation ou le développement des groupes de soutien pour les clientes de la fistule obstétricale, et d'identifier les organisations et services communautaires disponibles pour les clientes de la fistule obstétricale afin d'établir un lien entre les clientes et ces structures. A cause des circonstances des clientes de la fistule traumatique, les formateurs doivent penser à inclure un éventail plus large de matériels dans la présente session de formation, tel que l'importance de se concentrer sur la faculté de récupération de la cliente, la nécessité d'examiner les besoins permanents en counseling des clientes de la fistule traumatique dont l'opération a été retardée ou dont la fistule est inopérable, ainsi que la manière dont les travailleurs de la santé et les conseillers peuvent soutenir les clientes de la fistule traumatique au niveau communautaire, particulièrement à travers des activités avec les hommes (telles que les activités de Men As Partners® [MAP]).

Pour intégrer les informations sur la fistule traumatique dans cette session, se référer aux éléments suivants contenus dans le présent supplément (tel qu'indiqué dans les instructions des cases rose du curriculum de formation de la fistule obstétricale) :

- Vue d'ensemble de la Session 9 équivalente : Objectifs de la Session, Points à retenir, Méthodes de formation, Matériels et Préparation préalable (pages 190 à 194)
- Ressource supplémentaire : Partie A : Activité 1 Points supplémentaires pour la Discussion (page 195)
- Ressource supplémentaire : Partie A : Activité 3 Points supplémentaires pour la Discussion et démarches (page 196)
- Document supplémentaire 9-a : Exemples de groupes de soutien pour les clientes basée à la structure (pages 197 et 198)
- Ressource supplémentaire : Supplément 9A—Partie C : Liens avec la communauté (pages 199 à 202)
- Document supplémentaire 9-b : Exemples de soutien aux clientes basée à la structure (pages 203 à 206)
- Ressource supplémentaire : Supplément 9B—Partie D : Implication des hommes en tant que partenaires au niveau communautaire (pages 207 à 210)

Vue d'ensemble de la Session 9 équivalente

Vue d'ensemble de la Session 9

Objectifs de la session

À la fin de la formation, les participants devront être en mesure de faire ce qui suit :

- Démontrer l'importance de se concentrer sur la faculté de récupération de la cliente
- Raconter les histoires de réussite et décrire la manière dont elles sont utilisées pour assister les femmes qui sont à la structure pour subir une intervention
- Décrire les besoins permanents des clientes de la fistule traumatique pour qui l'opération est retardée ou dont la fistule est déterminé comme inopérable
- Apprendre comment former les groupes de soutien aux clientes au sein de la structure
- Localiser les réseaux de soutien communautaire, les activités génératrices de revenu et les opportunités d'éducation (le cas échéant)
- Faciliter le contact de la cliente avec les réseaux de soutien communautaire existants et les organisations d'accès qui les assisteront à travers des activités génératrices de revenu et les opportunités d'éducation (au cas où les réseaux et les organisations sont disponibles)
- Identifier les voies et moyens permettant aux travailleurs de la santé et aux conseillers socio-psychologiques de soutenir les clientes de la fistule traumatique au niveau communautaire à travers des activités générales d'IEC et des activités spécifiques avec les hommes i.e., MAP)
- Identifier les voies et moyens permettant aux travailleurs de la santé et aux conseillers socio-psychologiques de promouvoir les approches de MAP concernant les questions relatives à la fistule traumatique et à la violence sexuelle au niveau communautaire

Note: S'il n'existe aucune ressource ou organisations communautaires dans lesquelles les clientes peuvent être soutenues, la présente session pourra se concentrer uniquement sur l'utilisation des histoires de réussite dans l'assistance des clientes de la fistule.

POINTS À RETENIR

- ✓ Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises manières d'organiser ou développer des groupes de soutien aux clientes de fistule obstétricale. Le degré de réussite de ces groupes de soutien dépendra de la manière dont ils répondent aux besoins et souhaits des clientes
- ✓ Les clientes ayant une fistule obstétricale actuellement et/ou réparée peuvent fournir une ressource importante pour la création des groupes de soutien, des histoires de réussite, et des liens avec les services communautaires.
- ✓ Les prestataires ont besoin de connaître les organisations et services communautaires disponibles pour les clientes de la fistule obstétricale afin de les mettre en rapport avec les clientes à la sortie.
- ✓ Les clientes hospitalisées pendant une longue période à cause des complications liées aux procédures chirurgicales (le besoin d'attendre l'arrivée d'un spécialiste), ou nécessitant plusieurs opérations, peuvent avoir d'autres besoins de soutien.
- ✓ Les clientes ayant une fistule inopérable peuvent être déprimées ou anxieuses et auront d'autres besoins de counseling concernant la manière de vivre positivement avec leur maladie et de prendre soin d'elles-mêmes sur le plan physique.
- ✓ Les jeunes filles atteintes de la fistule traumatique pourraient avoir besoin d'être convaincues d'attendre jusqu'à ce que les tissus soient régénérés pour effectuer une opération réussie de la fistule. Les filles et/ou leurs familles peuvent avoir besoin de soutien permanent avant de retourner à l'hôpital pour subir une opération.
- ✓ Dépendant de la disponibilité des ressources, il se peut que les prestataires soient en mesure de développer des programmes d'alphabétisation et de formation au sein de la clinique pour aider les femmes à développer la confiance en soi et à se préparer pour leur retour dans leur communauté.
- ✓ La violence sexuelle entraînant la fistule traumatique requiert une réponse multisectorielle (dans les domaines tels que la santé, la justice, la protection et le statut socioéconomique); les prestataires de soins de santé devront être conscients de l'existence de ressources communautaires en dehors du secteur sanitaire et travailler en leur collaboration de manière efficace pour s'assurer que les clientes disposent de la gamme complète d'assistance pour le suivi dont elles ont besoin lorsqu'elles retourneront dans leurs communautés.
- ✓ Dans certains cas, les femmes peuvent croire ne plus jamais être en mesure de retourner dans leurs communautés. Malgré les ressources limitées, les modèles de soutien postopératoire à long terme dans les structures ayant un lien avec les hôpitaux existent bel et bien.
- ✓ Au niveau communautaire, les hommes souffrent également du traumatisme qui a affecté leurs êtres chers qui ont été victimes d'une violence sexuelle. Les hommes peuvent être de puissants partisans dans les efforts de réponse aux besoins des femmes et des filles vivant avec la fistule traumatique en les aidant à avoir accès aux services et en les soutenant pendant leur retour dans leurs communautés après l'opération.

Méthodes de formation

- Présentation/discussion
- Travail en petit groupe
- Travail en grand groupe
- Remue-méninges
- Jeu de rôles

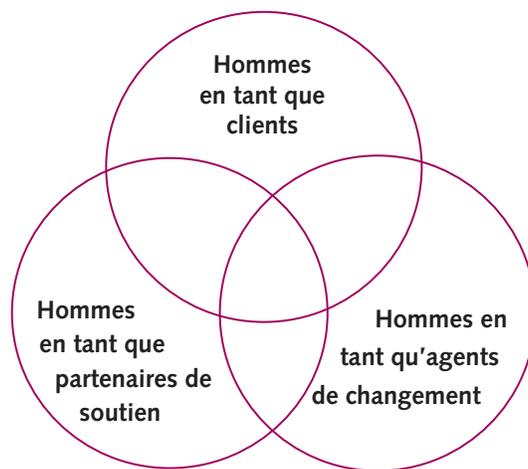
Matériels

- Tableau-papier, chevalet, marqueur et ruban adhésif
- Tableau en papier comportant les études de cas de clientes (à partir de la Session 4)
- Tableau-papier intitulé « Prise en charge des sentiments de la cliente » pour chaque cliente (tiré de la Session 4)
- Document supplémentaire 9-a : Exemples de groupes de soutien à la cliente au niveau de la structure
- Document du participant 9-A : Organisations à base communautaire
- Document du participant supplémentaire 9-b : Exemples de soutien offert à la cliente au niveau communautaire
- Supports pour les jeux de rôles, tels que le matériel éducatif de la cliente, une couverture, un rideau, des draperies ou autres matériels pouvant rendre les jeux de rôles plus réalistes
- Camera vidéo et télévision ou moniteur (facultatif)

Préparation préalable

1. Préparer un tableau-papier listant les objectifs de la session.
2. Organiser les conférenciers/présentateurs suivants :
 - Inviter une cliente ou un prestataire responsable des groupes de soutien aux clientes établis dans une structure, à faire un exposé sur la manière dont le groupe de soutien a débuté et comment il fonctionne.
 - Si possible, inclure au moins deux actuelles ou anciennes clientes de fistule prêtes à travailler avec les participants à l'atelier pour élaborer une stratégie en vue d'utiliser les histoires de réussite. Au besoin, négocier des honoraires pour les clientes qui viennent pour aider à la présente session.
 - Inviter des représentants d'organisations à base communautaire qui travaillent avec les clientes de fistule à faire un exposé sur les différentes organisations, les opportunités offertes par les organisations, et les moyens de communiquer avec les organisations.
3. Faire une copie du Document 9-A du participant pour chaque participant. Si aucune des organisations communautaires n'est disponible, sauter cette étape.
4. Faire une copie des Documents supplémentaires 9-b et 9-c pour chaque participant.

5. Préparer les tableaux-papier suivant :
- « Avantages potentiels des groupes de soutien aux clientes basés dans la structure »
 - « Approches pour la création de groupes de soutien basés dans la structure »
 - « Organisations à base communautaire » avec deux colonnes : « dénomination » et « Ressources »
 - « Recherche de solutions aux problèmes dans le développement des groupes de soutien aux clientes basés dans la structure ». [En dessous du titre, le présent tableau-papier devra avoir deux colonnes : celle située à gauche devra avoir comme titre « Problèmes », et celle située à droite « Recherche de solutions »]
 - « Comment est-ce que la fistule traumatique a un impact sur la communauté ? »
 - « Comment la communauté a-t-elle un impact sur les femmes et les filles ayant la fistule traumatique ? »
 - « Quels sont les besoins au niveau communautaire pour aider les femmes et les filles ayant la fistule traumatique ? »
6. Préparer un tableau-papier comportant le titre suivant : « Approches pour l'engagement des hommes ». En-dessous de ce titre, dessiner le diagramme suivant :



Note: La présente activité est basée sur le matériel tiré de : Le projet ACQUIRE, 2008.

7. Préparer deux feuilles du tableau-papier dont une avec le titre « Les hommes en tant que partenaires de soutien », et l'autre « Les hommes en tant qu'agents de changement », et accrochez-les sur le mur afin que les participants puissent coller au-dessus des feuilles de papier plus petites en tant que partie intégrante de l'Activité 2, Partie D.
8. Sur les fiches ou feuilles de papier, écrire les expressions suivantes (une par fiche/feuille) pour les participants qui vont les utiliser dans l'Activité 2, Partie D.
- a. Un travailleur de la santé dans la communauté aide un homme à trouver un moyen de transport pour aller à l'hôpital où il a appris qu'il y a des docteurs pouvant faire l'opération pour arrêter l'incontinence de sa femme.
 - b. Une annonce à la radio incite les hommes dont leurs femmes et filles ont été agressées par d'autres hommes durant le conflit ou à toute autre période, à comprendre qu'elles ne sont pas fautives.

- c. Au cours du counseling conjoint, un prestataire de soins de santé au niveau de la structure informe le mari d'une femme ayant une fistule qu'il ne pourra pas avoir de rapports sexuels avec elle pendant au moins trois mois suivant l'opération.
 - d. Un sage du village donne des conseils à un homme et lui dit de ne pas rejeter sa femme qui a été violée et de la soutenir, elle et ses enfants, aussi bien sur le plan financier que psychologique.
 - e. Une association des femmes au niveau de la communauté fait appel aux grands frères d'une adolescente devenue incontinente à la suite d'un viol par des hommes armés de la milice. Elles leur expliquent que leur sœur a probablement une fistule et les incitent à l'aider à aller à l'hôpital au lieu de l'amener chez sa grand-mère pour la cacher.
 - f. Un programme qui recrute des volontaires hommes pour plaider pour la justice légale des survivantes de la violence sexuelle.
 - g. Les hommes dont leurs femmes et les autres membres de la famille de sexe féminin ont été violées organisent des séances de dialogue communautaire avec les autres hommes pour discuter l'importance de ne pas blâmer les femmes et les filles pour la violence sexuelle qu'elles ont subies.
 - h. Un groupe théâtral joue une pièce sur les attentes sociales concernant les hommes ayant un comportement violent, discute avec eux et plaide pour le changement dans la communauté.
 - i. Une organisation communautaire travaille en collaboration avec les hommes dans des séances éducationnelles pour identifier et traiter les normes négatives concernant les rapports sociaux entre les sexes et développer des comportements sexospécifiques plus sains et équitables.
 - j. Une organisation tient des séances pour les militaires faisant la police dans leurs communauté afin de les sensibiliser sur la hantise des femmes et de leurs familles du fait d'être violées et leur demander de l'aide à travers l'établissement de mécanismes de protection pour empêcher les femmes et les filles d'être violées.
 - k. Les leaders communautaires de sexe masculin se joignent à l'organisation de campagne de sensibilisation communautaire sur le stigmate lié à la fistule et à la violence sexuelle, en incitant les autres membres de la communauté à considérer les femmes et les filles ayant eu ces genres d'expérience comme étant des survivantes qui participent à la bonne gestion de leurs communautés et qui ont besoin d'être soutenue par la communauté et méritent son assistance.
9. Préparer la salle de sorte que chaque groupe puisse s'asseoir près des tableaux papier comportant leurs études de cas et sentiments respectifs.
10. Rassembler le matériel et préparer la salle pour les pratiques de jeu de rôles.
11. Mettre en place la caméra vidéo et la télévision ou le moniteur (facultatif)

Durée (totale) de la session : 5 heures, 40 minutes

Retourner à la page 252 du curriculum de formation de la fistule obstétricale – Session 9 : Etapes de la formation.

Ressource supplémentaire

Partie A : Activité 1—Points supplémentaires pour la discussion

Un autre avantage potentiel des groupes de soutien est le fait que :

- Les groupes de soutien offrent aux clients des opportunités de discuter ouvertement de leurs sentiments concernant la violence sexuelle et le traumatisme dont elles souffrent.

Les formateurs devront également s'assurer que les participants comprennent que les structures traitant les clientes de la fistule traumatique traiteront également celles de la fistule obstétricale, et que les activités de l'association ne font pas généralement la distinction entre les patientes de la fistule traumatique et celles de la fistule obstétricale. De la même façon, une structure pourrait recevoir des nombres importants de femmes et de filles souffrant de la violence sexuelle et ayant développé une fistule. A travers les activités des associations au niveau de la structure, activités qui sont menées pour les femmes et les filles survivantes de la violence sexuelle, les clientes de la fistule traumatique peuvent le trouver d'une grande aide car cela leur permet de faire connaissance avec les autres qui ont eu ces mêmes expériences, problèmes et sentiments découlant du viol, et de se solidariser avec d'autres survivantes.

Retourner à la page 252 du curriculum de formation de la fistule obstétricale – Partie A : Activité 2.

Ressource supplémentaire

Partie A : Activité 3—Points et étapes supplémentaires pour la discussion

Les participants en formation devront être conscients du fait que dans beaucoup de cas, les travailleurs de la santé et les conseillers socio-psychologiques se concentrent exclusivement sur les besoins *sanitaires* des clientes. Tandis que les questions sanitaires sont en fait le domaine de priorité dans le traitement de la fistule au niveau de la structure, les besoins des clientes sont généralement beaucoup plus importants.

En animant la discussion dans cette activité, les formateurs devront insister sur le fait que bien que les groupes de soutien se concentrent généralement sur l'éducation par les contacts entre les personnes elles-mêmes et le soutien affectif autour d'une question sanitaire spécifique, les clientes de la fistule traumatique ont souvent de grandes difficultés d'autosuffisance et font face à des problèmes psychologiques distincts découlant à la fois directement et indirectement de leurs expériences et de leur maladie. Par exemple, à l'Est de la République démocratique du Congo, les structures spécialisées dans le traitement des femmes et des filles souffrant de la violence sexuelle et de la fistule traumatique ont initié avec succès des groupes de soutien aux clientes qui se concentrent largement sur ce qui suit :

- Formation axée sur les compétences et production de revenus
- Alphabétisation
- Chorale et groupe de danse
- Groupes de prière

Les formateurs devront également demander aussi bien aux participants qu'aux invités de commenter les problèmes éventuels pouvant survenir en développant les groupes de soutien aux clientes au niveau de la structure (par ex., le fait qu'il ne peut y avoir aucun intérêt dans les activités, que les autres groupes peuvent se sentir exclus, qu'il peut y avoir un manque de fonds et/ou des difficultés dans l'assurance de la durabilité des activités, qu'il peut y avoir un manque de ressources humaines et/ou des difficultés par rapport au fait de décider de la personne responsable des aspects du groupe, etc.). À mesure que les participants et les invités pensent aux problèmes éventuels, il faudra également leur demander de discuter des moyens de rechercher des solutions en les prévenant ou en les traitant à mesure qu'ils surviennent. Écrire leurs réponses dans les colonnes appropriées sur le tableau-papier intitulé « Recherche de solutions aux problèmes à travers le développement des groupes de soutien des clientes basées dans la structure ».

Les formateurs devront fournir également aux participants une copie du Document supplémentaire 9-a : Exemples de groupes de soutien des clientes basées dans la structure (page suivante), en notant qu'il s'agit d'exemples concernant quelques approches des programmes établis pouvant aider à produire d'autres idées sur la manière de créer des groupes de soutien aux clientes basées dans la structure.

Retourner à la 256 du curriculum de formation de la fistule obstétricale – Partie A : Activité 3, Etape 3.

Document supplémentaire

Document supplémentaire 9-a

Exemples de groupes de soutien des clientes basées dans la structure

Les clientes recevant des soins médicaux de la fistule traumatique sont souvent obligées de rester dans la structure de santé pendant des semaines et même pendant des mois. Etant donné qu'il y a des périodes où le repos au lit est nécessaire, particulièrement à la suite de l'opération, les clientes peuvent par ailleurs participer à des activités de groupe pouvant les aider à retourner dans leurs communautés dans une meilleure situation que lorsqu'elles sont quittées. Voici quelques exemples de groupes de soutien de clientes basées dans la structure et qui sont actuellement en place dans un certain nombre de cliniques de la fistule :

Types de groupes de soutien de clientes basées dans la structure :

- Programmes d'éducation (pour les clientes et/ou les enfants des clientes d'âge scolaire)
- Groupes d'alphabétisation des adultes
- Programmes de formation axés sur les compétences (couture, restauration et d'autres compétences en matière de production)
- Formation sur la production de revenus (compétences en petites et moyennes entreprises)
- Groupes de danse
- Chorales
- Orientation de groupe sur les questions sanitaires
- Orientation de groupe sur les droits humains et les questions d'ordre juridique

Lorsqu'ils sont gérés de manière réussie, les groupes de soutien des clientes basées dans la structure peuvent profiter à la cliente en renforçant ses compétences pratiques, en les encourageant à s'entraider et en facilitant leur rétablissement sur le plan psychologique. Les programmes d'alphabétisation pour les adultes, par exemple, fournissent non seulement aux clientes des aptitudes à la lecture, mais parfois représentent une expérience permettant l'apprentissage d'éléments nouveaux et utiles pouvant également donner une grande confiance aux femmes dont leur vie avait été sévèrement perturbée par la douleur et la honte. La danse, les chansons et les activités spirituelles—dans un contexte de groupe dans lequel les femmes et les filles peuvent se soutenir et se réjouir même dans des moments difficiles—peuvent jouer un rôle fondamental dans la réinsertion sociale.

Cependant, il y a des défis à relever concernant la gestion des groupes de soutien des clientes basées dans la structure. Pour qu'ils soient couronnés de succès, les programmes ne peuvent pas fonctionner eux seuls ; ils nécessitent un personnel dévoué chargé de la création et de la gestion des activités. Les aptitudes requises pour cela – aussi bien les compétences pratiques (par ex., l'enseignement de programmes d'alphabétisation et la formation axée sur des compétences spécifiques) que les compétences en facilitation sociale – ne sont pas les mêmes que les aptitudes cliniques et de counseling et peuvent nécessiter le recrutement d'un personnel supplémentaire. En outre, d'autres ressources entrant dans la production, particulièrement concernant les programmes de formation axés sur les compétences, peuvent devenir trop coûteux, et la durabilité représente parfois un défi.

Ressource supplémentaire

Supplément 9A

Partie C : Liens avec la communauté

Durée : 1 heure, 25 minutes

Activité 1: Discussion (15 minutes)

CONSEIL POUR LA FORMATION

A travers les différentes sessions, les participants ont fait du brainstorming et discuté des différents moyens à travers lesquels les problèmes rencontrés par les patientes de la fistule traumatique ont un rapport avec leur communauté et l'impact du traumatisme lié au conflit aussi bien au niveau individuel que communautaire. Cette partie de la formation aide les participants à examiner les voies et moyens avec lesquels ils peuvent s'assurer que les communautés soutiennent les clientes de la fistule traumatique à travers des mécanismes qui leur sont propres. Avant de continuer avec les activités suivantes, il est utile pour les participants au cours de la formation de consacrer une partie du temps à réfléchir sur leurs discussions antérieures concernant les clientes de la fistule traumatique et les liens avec la communauté. Cela permettra de discuter plus en détail des activités suivantes. En dirigeant le groupe à travers l'Activité 1, aider les participants à se rappeler de la partie où la formation a abordé ces questions dans les sessions précédentes. Par exemple :

- Dans la Session 2, Partie E, les participants ont travaillé sur l'exercice concernant le rassemblement des idées où chaque personne a identifié une forme d'impact psychologique que la fistule traumatique peut avoir sur la communauté. Ensemble, ils ont dressé une liste comportant les voies et moyens à travers lesquels la fistule traumatique est ressentie au niveau de la communauté.
- Dans la Session 2, Document 2-B, les participants se sont renseignés sur les questions sous-jacentes qui ont augmenté la charge de la fistule traumatique et empêché les femmes et les filles d'accéder aux soins, y compris le manque de services au niveau local, le manque d'information, le stigmatisme et l'insécurité.
- Dans la Session 2, Document 2-C et Document 2-E, les participants ont étudié les conséquences sociales de la fistule traumatique pour les clientes, notamment le stigmatisme et l'isolement social, ainsi que les différentes façons dont la fistule traumatique impacte sur la communauté—tels que les sentiments de culpabilité et d'impuissance de la communauté pour n'avoir pas été capable de protéger les femmes et les filles, l'effort fourni par les services sanitaires locaux qui pourraient être incapables de répondre aux besoins des personnes, et le traumatisme secondaire pour les individus dans la communauté qui soutiennent les survivantes de la violence sexuelle.

(suite)

CONSEIL POUR LA FORMATION (suite)

- Dans la Session 3, Partie B, Activité 3, les participants ont discuté d'une série de déclarations de valeurs notamment les attitudes que les prestataires pourraient avoir à cause des croyances sociales et communautaires – par exemple, « les femmes qui ont été violées se trouvaient probablement au mauvais endroit au mauvais moment et auraient dû être plus vigilantes pour éviter le viol », ou « Lorsque les femmes souffrant de la fistule traumatique décide de porter plainte contre le commanditaire, cela peut mettre en danger la sécurité personnelle des prestataires de soins de santé ».
- Dans le Document 6-B : Qualités d'un véritable conseiller socio-psychologique, les participants ont examiné la manière dont les individus exerçant différentes fonctions, y compris le personnel du programme communautaire, les leaders religieux et les professionnels des services juridiques et de protection, sont tous invités à être de véritables conseillers en dialoguant avec les clientes de la fistule traumatique et doivent avoir de bonnes compétences en matière de counseling.
- Le Document 6-C : Stratégies de counseling pour traiter les réactions émotionnelles à la violence sexuelle, souligne qu'une façon d'aider une femme ayant subi une violence sexuelle et qui est déprimée par la suite, est le fait de l'encourager à exprimer tout embarras, ainsi que toute colère qu'elle pourrait ressentir contre la communauté concernant son expérience et la façon dont elle a été traitée.
- Le Document 6-K : Vue d'ensemble de la sortie et du suivi, indique que les conseillers devront aider les clientes à identifier et à se mettre en contact avec les groupes communautaires pouvant les aider.
- Dans la Session 7, Partie A, Activité 4, les participants ont fait du brainstorming sur le soutien et le suivi de la part de la communauté pouvant être utilisé pour aider les femmes qui sont tombées enceinte à la suite de la violence sexuelle.
- La Session 8, Partie A, Activité 1 demande aux participants d'identifier différents types d'impact psychosocial que la fistule traumatique peut avoir sur la communauté.

1. Demander aux participants de réfléchir encore sur les sessions de formation qui ont été déjà couvertes et écrire trois points clé qu'ils ont pensés concernant la fistule traumatique et la communauté. Un point devra répondre à la question suivante : Comment la fistule traumatique impacte-t-elle sur la communauté ? Le deuxième point devra répondre à la question suivante : Comment la communauté impacte-t-elle sur les femmes et les filles souffrant de la fistule traumatique ? Le troisième point devra répondre à la question suivante : De quoi a-t-on besoin au niveau communautaire pour aider les femmes et les filles ayant la fistule traumatique ?
2. Inviter les participants à partager leurs réponses à la première question et écrire les réponses sur une feuille du tableau-papier affichant le titre suivant : « Comment la fistule traumatique impacte-t-elle sur la communauté ? » Faire la même chose avec les deux autres questions en notant les réponses sur les tableaux-papier appropriés.
3. Animer une discussion en rappelant aux participants de toute question soulevée dans les sessions précédentes (voir Conseil pour la formation ci-dessus pour se référer aux activités précédentes ayant soulevé des questions s'y rapportant).

4. Ajouter toute question supplémentaire aux tableaux-papier approprié et s'assurer qu'ils sont accrochés afin que les participants puissent facilement les visualiser
5. Faire un résumé en examinant les principaux points soulevés au cours de la discussion.

Activité 2 : Travail en petit groupe (30 minutes)

1. Répartir les participants en quatre groupes et fournir à chaque groupe 3 à 4 feuilles du tableau-papier.
2. Demander à chaque groupe d'identifier au moins deux « questions clé » à partir des listes dressées dans l'Activité 1. Une question clé devra sortir de la liste suivante : « Comment la fistule traumatique impacte-t-elle sur la communauté ? » et l'autre de la liste « Comment la communauté impacte-t-elle sur les femmes et les filles souffrant de la fistule traumatique ? » Les questions sélectionnées par les groupes devront être celles qu'ils pensent pouvant être traitées au moins en partie au niveau communautaire. À la suite d'une brève discussion au sein des groupes pour décider des deux questions sur lesquelles ils souhaitent travailler, demander à un représentant de chaque groupe d'identifier laquelle ils ont choisi pour s'assurer éventuellement que les groupes sont en train de travailler sur les différentes questions clé.
3. Indiquer aux groupes que pour chaque question clé, ils devront discuter des questions suivantes et écrire leurs réponses sur une feuille du tableau-papier :
 - a. Quelle est la question clé ?
 - b. Quel est l'impact de cette question sur la cliente de la fistule traumatique ?
 - c. Quelle est la solution à cette question ? (Les membres du petit groupe pourraient penser à plusieurs solutions possibles, mais ils devront se concentrer uniquement sur une seule).
4. Sur une deuxième feuille du tableau-papier, demander aux participants de tenir la feuille horizontalement et de dessiner trois colonnes de même largeur sur la page. En haut de la colonne située à gauche, demander aux participants d'écrire ce qui suit : « Qui dans la communauté devra être impliqué ? » En haut de la colonne située au milieu, dire aux participants qu'ils doivent écrire ce qui suit : « Que peuvent-ils faire ? » En haut de la colonne située à droite, ils devront écrire : « Quel genre d'aide a-t-on besoin au niveau de la structure ? »
5. Demander aux participants de faire du brainstorming sur plusieurs points (i.e., réponses éventuelles aux questions) dans chaque colonne.
6. Inviter un membre de chaque groupe à présenter au reste des participants les résultats du présent exercice pour chacune des deux questions sélectionnées.
7. Animer une brève discussion sommaire en notant ce qui suit :
 - a. Le processus de guérison sur le plan physique et psychosocial des clientes de la fistule traumatique continue après la sortie de la structure de santé et va bien au delà, et la réussite des efforts des prestataires dans le traitement des clientes de la fistule traumatique dépend en partie de ce qui va se passer au niveau communautaire.

- b. Il existe plusieurs façons selon lesquelles les prestataires et les conseillers socio-psychologiques peuvent aider les communautés à soutenir les femmes et les filles ayant souffert de la fistule traumatique.

CONSEIL POUR LA FORMATION

En expliquant l'Activité 2 aux participants, il se peut que vous vouliez donner un exemple de la manière dont l'exercice devra se faire. Si nécessaire, utiliser l'exemple suivant pour aider à éclaircir l'exercice :

Tableau-papier 1 :

- Quelle est la question clé ? *Les femmes ne peuvent pas accéder aux services parce que qu'elles ne savent pas que des services de réparation de la fistule existent.*
- Quel est l'impact de cette question sur la cliente de la fistule traumatique ? *Les femmes souffrent pendant trop longtemps avec la maladie et de ce fait le traitement peut devenir très compliqué.*
- Quelle est la solution à ce problème ? *Aider les femmes à connaître et à accéder aux services.*

Tableau-papier 2 : (tenir le papier horizontalement)

Qui dans la communauté devra être impliqué ?	Que peuvent-ils faire ? (niveau communautaire)	Quel genre d'aide a-t-on besoin à la structure ?
<ul style="list-style-type: none"> • Travailleurs de la santé au niveau • Chefs de village • Associations de femmes au niveau 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibiliser la population sur la fistule et la durabilité des services • Assurer le transport pour certaines femmes pour les aider à se rendre à l'hôpital et se mettre en rapport avec les services 	<ul style="list-style-type: none"> • Education sanitaire sur la fistule traumatique pour les leaders communautaires • Sensibilisation de la communauté • Remboursement des frais de transport aux clientes de la fistule ou services mobiles pour aider les clientes à se rendre à l'hôpital

Retourner à la page 240 du curriculum de formation de la fistule obstétricale – Partie C : Activité 1.

Document supplémentaire

Document supplémentaire 9-b

Exemples de soutien offert aux clientes au niveau communautaire

Le soutien communautaire pour les femmes et les filles qui se sont rétablies de la fistule traumatique est une partie essentielle de la guérison à long terme. Dans la plupart des pays affectés par les conflits, il existe des programmes de réussite qui se concentrent sur les ressources communautaires pour soutenir les femmes et les filles ayant souffert de la violence sexuelle et de la fistule traumatique. Il y a plusieurs autres exemples dans des pays qui n'ont pas été directement affectés par la guerre, mais qui traitent actuellement les questions relatives à la violence sexospécifique. Le soutien des clientes au niveau communautaire peut être sous forme de soutien médical, d'activités économiques et de formation, de soutien juridique, d'activités psychosociales, de plaidoyer et de sensibilisation au niveau communautaire. Voici quelques exemples avec des sites web et des informations personne-ressource où l'on peut obtenir de plus amples informations.

Exemples de programme de soutien communautaire pour les clientes de la fistule traumatique

Heal Africa (République démocratique du Congo, Nord Kivu)

A travers de ses services hospitaliers à Goma, Heal Africa offre des soins médicaux et du counseling de façon globale aux femmes et aux filles ayant la fistule traumatique. Heal Africa possède également une grande structure chargée de la gestion des programmes communautaires à travers la Province du Nord Kivu. Ils sont organisés en partie à travers les Comités de Neahmiah et le programme de Guéri Mon Peuple pour le soutien des survivantes de la violence sexuelle. Les Comités de Neahmiah sont composés de leaders de la communauté et de l'église, d'autorités locales, de travailleurs sociaux et du personnel médical dans chacune des neuf zones sanitaires de la province. Le personnel de Heal Africa forme les membres de la comité afin qu'ils puissent aider les personnes les plus vulnérables dans leurs communautés en les sensibilisant sur les différentes questions sanitaires, notamment la violence sexuelle et sexospécifique, et fournir des informations sur l'endroit où les survivantes de la violence sexuelle peuvent aller trouver de l'aide. Les Comités de Neahmiah jouent également un rôle très important en aidant les patientes de la fistule et les survivantes de la violence sexuelle à se réinsérer dans la communauté après avoir reçu des soins à Heal Africa. Pour de plus amples information, se référer au site web suivant : <http://healafrika.org/cms/programs/post-conflict-rebuilding-the-nehamiah-initiative/>.

L'hôpital de Panzi (République démocratique du Congo, Sud Kivu)

L'hôpital de Panzi, situé à Bukavu, gère un programme de réparation de la fistule fournissant une variété de services de soins médicaux et de counseling aux femmes et aux filles souffrant de la violence sexuelle. L'hôpital de Panzi gère également une clinique mobile menant des activités élargies dans les zone environnantes environ deux fois par semaine, pour informer les communautés sur la disponibilité des services, dépister les survivantes de la violence sexuelle ayant des besoins médicaux et psychosociaux, faciliter le transport des patientes au besoin, et assurer le suivi des femmes et des filles après leur retour dans leurs communautés. La clinique mobile a un personnel composé d'un médecin, d'une infirmière,

d'un psychologue et de deux assistants sociaux, et ils se dirigent principalement dans les zones où les organisations partenaires ont identifié des femmes qui ont été victimes de viol. Pour de plus amples informations concernant Panzi Hospital, consulter le site web suivant : www.panzihospitalbukavu.org/about.php?weblang=1/.

Promotion pour la santé et agroélevage au Maniema (PROSAEMA) (République démocratique du Congo, Maniema)

A travers le projet Maternité sans risque (MSR) de PROSAEMA, situé à Kindu, Province de Maniema, le staff médical et un autre personnel fournissent des services de réparation de la fistule et du counseling pour les survivantes de la violence sexuelle vivant dans cette zone. Les 20 membres du personnel de l'Hôpital de MSR (y compris un médecin spécialisé dans la chirurgie de réparation de la fistule) offrent des services aux patientes de la violence sexuelle dans quatre domaines essentiels : le traitement médical, les soins psychosociaux, l'assistance judiciaire et les activités économiques et de réinsertion. Les besoins psychologiques des patientes sont assurés par des infirmières formées par diverses Organisations non gouvernementales (ONG) en matière de counseling et par les services sanitaires gouvernementaux faisant des formations sur la réinsertion des survivantes de la violence sexuelle. Le personnel fournit également d'importants services de counseling et travaillent en étroite collaboration avec d'autres partenaires des ONG au niveau local pour les services d'orientation concernant le soutien psychologique. Des informations plus détaillées sur les activités de PROSEAMA sont disponibles en français à partir des ressources en ligne suivantes, notamment : www.unfpa.org/emergencies/symposium06/docs/dayonesessionfourjeanpascalmanga.doc.

Une présentation est disponible au site web suivant : www.raiseinitiative.org/conf2008/#programme. Des informations supplémentaires sont également disponibles à cette adresse : prosaema@yahoo.com.

Exemples de programmes de soutien communautaire pour les survivantes de la violence sexuelle et sexospécifique dans les zones de conflit

Initiative des services communautaires (Guinée)

En 2001, le American Refugee Committee (ARC) a travaillé en collaboration avec les membres de la communauté pour établir le Community Services Initiative (CSI) pour les survivantes de la violence sexuelle et celle dirigée contre les femmes en tant que telles aux camps des réfugiés en Guinée. Parmi tant d'autres activités, le programme a inclus des services de renforcement des capacités et de génération de revenus (bourses de formation en fabrication du savon, chinage par teinture, ouvrage à l'aiguille et façon tailleur ; bourses d'études ; compétences en gestion de l'entreprise, etc.), la gestion des cas médicaux et l'accès aux services sanitaires, l'éducation et la sensibilisation communautaires sur la violence dirigée contre les femmes en tant que telles avec les forces de sécurité et les membres de comité des camps, les travailleurs au niveau des ONG, les travailleurs de la santé et d'autres personnes encore. Une description complète a été faite concernant la manière dont le programme de service communautaire pour les victimes de la violence sexuelle et celle dirigée contre les femmes en tant que telles au site web suivant : www.arcrelief.org/site/PageServer?pagename=programs_GBV_bookspage.

Synergie des femmes pour les victimes des violences sexuelles (SFVS) (République démocratique du Congo)

La SFVS est un réseau basé à Goma et composé de 35 organisations locales et internationales qui aident les survivantes de la violence sexuelle à recouvrer leur santé physique et émotionnelle, sensibilisent les communautés sur les conséquences de la violence sexuelle, et assurent des services sur le plan psychologique, économique et juridique pour les femmes et les filles ayant subi une violence sexuelle. Il existe quatre domaines programmatiques qui sont : l'assistance psychosociale ; les soins médicaux ; le parrainage juridique et le soutien socioéconomique. Les activités sont menées par un réseau de conseillers socio-psychologiques au niveau communautaire à travers le Nord-Kivu, réseau qui aide les femmes à accéder aux services en les mettant en rapport avec les partenaires de la SFVS. Elles sont également concentrées sur les efforts de sensibilisation à travers des groupes de réseau communautaire officiel composés de chefs de village, de sages, d'infirmières, d'enseignants, de leaders des jeunes et de l'église. Les conseillers sur le terrain jouent un rôle capital dans ce qui est reconnu comme étant le grand défi à relever : la réinsertion sociale et économique des survivantes de la violence sexuelle une fois de retour dans leurs communautés. Pour de plus amples informations sur la SFVS, consulter le site web suivant : www.raisehopeforcongo.org/synergiedesfemmes, et pour le contact direct, consulter : synergie_sfvs@yahoo.com.

Women in Crisis Movement (Sierra Leone)

Le mouvement Women in Crisis Movement a été établi en 1997 en tant qu'association de petites localités pour assurer la nourriture, l'habillement, le foyer d'accueil d'urgence et le soutien des femmes et des filles traumatisées lors des conflits, et qui ont quittés la Sierra Leone pour se rendre à la capitale. Ayant son siège social à Freetown, l'organisation continue actuellement à donner asile et a également établi un centre de formation professionnelle ayant des opportunités de formation en couture, en aviculture, en artisanat et en alphabétisation. Pour de plus amples informations, contacter Women in Crisis à son adresse électronique suivante : womenicm@yahoo.com, ou lire plus sur leurs programmes en consultant : www.un.org/works/OLD/women/women5.html, et dans la publication du Fonds des Nations Unies pour la population : Programming to Address Violence Against Women: 10 Case Studies, disponible au site web suivant : http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/678_filename_vaw.pdf.

Women's Legal Aid Centre (WLAC) (Tanzanie)

Le WLAC travaille activement pendant 18 ans dans le traitement des questions relatives aux droits légaux des femmes, y compris le counseling et le conseil légal des femmes et des filles ayant été victimes de la violence sexuelle. L'organisation s'active également dans le travail de plaidoyer des réformes législatives et politiques soutenant les droits des femmes et des filles en Tanzanie. A travers le projet Access to Justice for Refugee Women and Girls, le WLAC fournit des services aux femmes et aux filles dans quatre camps de réfugiés à l'Ouest de la Tanzanie. Des informations supplémentaires sur le WLAC sont disponibles au site web suivant : www.tanzania.go.tz/population/ngos.html.

Informations générales sur les approches communautaires par rapport à la violence sexuelle et sexospécifique

Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP)

Le FNUAP a soutenu plusieurs initiatives à base communautaire dans ses efforts de prévention et de traitement des questions relatives à la violence sexuelle et à la violence dirigée contre les femmes en tant que telles, notamment dans les communautés affectées par les conflits. L'organisation de soutien à base

communautaire peut représenter un défi pour un certain nombre de raisons. Le FNUAP a demandé conseil à propos des approches de programmation culturellement sensibles fournissant des indications sur le « travail à l'intérieur du pays » à travers des perspectives du travail des individus sur les questions à travers le monde. Pour de plus amples informations, consulter : www.unfpa.org/endingviolence/html/tips/tips.html#1/.

Un guide de contrôle et d'évaluation des interventions sur le renforcement des capacités des ONG dans les zones affectées par les conflits (Institut de recherche et de formation de JSI)

En partenariat avec le Consortium du Reproductive Health Response in Conflict (RHRC), l'Institut de recherche et de formation de JSI a travaillé en collaboration avec les organisations à base communautaire et les ONG locales dans environ 20 pays affectés par les conflits afin de promouvoir les services de santé de la reproduction et de la violence dirigée contre les femmes et les filles au niveau communautaire. Le présent guide fournit une vue d'ensemble des problèmes rencontrés dans les efforts de renforcement des capacités au niveau communautaire et des informations importantes concernant le contrôle et l'évaluation des activités du programme. Pour de plus amples informations, consulter le site web suivant : www.rhrc.org/resources/JSI_ASTARTE_monitoring_evaluating_ngo_capacity_building_in_conflict_guide.pdf.

Supplément 9B

Partie D : Implication des hommes en tant que partenaires au niveau communautaire

NOTE AUX FORMATEURS

Vu le rôle crucial que les hommes peuvent jouer dans le rétablissement physique et émotionnel des clientes de la fistule (particulièrement les clientes de la fistule traumatique), cette partie renferme également un supplément de formation sur les approches pouvant être utilisées pour engager les hommes dans la réponse des besoins des clientes de la fistule traumatique au niveau communautaire. Le supplément 9B présente une série d'activités destinées à examiner les approches concernant l'engagement des hommes, en se basant sur l'approche Men As Partners® d'EngenderHealth.

Durée : 45 minutes

Activité 1 : Discussion (15 minutes)

1. Animer une discussion de groupe pour revoir les points déjà discutés par les participants concernant les besoins des clientes de la fistule traumatique pouvant être fournis par les hommes au sein de leurs familles pour leur rétablissement sur le plan physique et émotionnel. Par exemple :
 - Le soutien affectif (le fait de ne pas être blâmée pour ce qui s'est passé, le fait de ne pas être rejetée)
 - L'aide pour assister aux services (le fait de se renseigner sur la disponibilité des services, l'encouragement par rapport à l'obtention d'aide, l'assistance pour les frais de transport pour l'accès aux services)
 - La compréhension des questions médicales relatives à la fistule causée par la violence sexuelle (par ex., la possibilité d'être infestée par le VIH ou par les autres IST, le besoin d'abstinence pendant la période de rétablissement postopératoire, le besoin d'éviter les travaux pénibles, le besoin de faire une planification familiale, et le besoin d'accoucher dans une structure de santé pour les futures grossesses)
2. Demander aux participants de réfléchir et de discuter sur ce que les clientes de la fistule traumatique pourraient avoir besoin et pouvant être fourni par les hommes au niveau communautaire. Ce qui suit constitue quelques besoins éventuels :
 - Le besoin de se sentir en sécurité/protégée de la répétition de l'incident de la violence sexuelle

- Le fait de se sentir intégrée et acceptée par la communauté
 - Obtenir de l'aide de la part des hommes dans la lutte contre les normes et les perceptions de la communauté concernant les victimes de la violence sexuelle et de la fistule traumatique.
 - L'implication des hommes
3. Poser les questions ouvertes suivantes : « Quelles sont les approches pouvant être utilisées pour engager les hommes dans la réponse de ces besoins ? » et noter toute réponse. Inviter tout participant ayant travaillé dans les efforts consistant à engager les hommes dans les besoins des clientes victimes de la violence sexuelle et/ou de la fistule traumatique, à partager certaines de leurs expériences.
 4. Résumer la discussion en soulignant que les clientes de la fistule traumatique ont besoin d'engager les hommes dans la réponse de leurs besoins aussi bien sur le plan individuel que communautaire, et qu'il existe différentes approches pour soutenir l'implication des hommes et qui ont été examinées dans la prochaine activité.

CONSEIL POUR LA FORMATION

Vue la nature socioculturelle de la violence sexuelle et de la fistule traumatique, il est possible que les participants, au cours de la séance de discussion sur les besoins des clientes concernant l'implication des hommes, veuillent se concentrer sur le besoin d'arrêter la violence sexuelle. Les organisations communautaires dans beaucoup de pays commencent à examiner les voies et moyens d'impliquer les hommes dans la prévention de la violence sexuelle et d'en faire partie intégrante de la programmation en matière de violence dirigées contre les femmes en tant que telles. (Les hommes et les garçons peuvent également être soumis à la violence sexuelle). Toutefois, pour les besoins de la présente formation, essayer d'orienter la discussion sur les moyens selon lesquels les hommes au niveau communautaire peuvent aider particulièrement les femmes et les filles souffrant de la fistule traumatique à accéder aux services dont elles ont besoin et à être acceptées par la communauté après leur retour de l'hôpital. Les participants, qui sont particulièrement intéressés à l'implication des hommes dans la violence sexospécifique au niveau communautaire et qui s'efforcent de changer les normes fixées selon les sexes et répondre aux besoins des victimes mâles de la violence sexuelle, trouveront des ressources et idées supplémentaires aux sites web suivants :

- www.engenderhealth.org/our-work/gender/menengage.php
- www.mencanstoprape.org/
- www.preventgbv africa.org/content/work-men-gender-equality
- www.mensresourcesinternational.org/template.php?page=resources

Activité 2 : Discussion/Travail en grand groupe (30 minutes)

1. Expliquer que les informations contenues dans la présente discussion et dans l'exercice que vous êtes sur le point de faire sont tirées du curriculum d'EngenderHealth intitulé *Engaging Men and Boys in Reproductive Health in Conflict and Emergency Settings* (*Engagement des hommes et des garçons dans la*

santé de la reproduction dans les zones de conflits et dans les milieux sinistrés). A mesure que vous dirigez la discussion en utilisant les points mis en évidence ci-dessous, se référer au tableau-papier préparé intitulé « Approches pour l'engagement des hommes » et noter que pour les besoins du présent exercice, les participants devront se concentrer sur les hommes en tant que partenaires de soutien et Les hommes en tant qu'agents de changement. Les points pour la discussion sont les suivant :

- Les programmes, en général, ont utilisé trois principales approches pour engager les hommes. Il s'agit des hommes en tant que clients, des hommes en tant que partenaires de soutien, et les hommes en tant qu'agents de changement.
- De telles approches sont le plus souvent utilisées dans les programmes de santé de la reproduction, mais elles sont également applicables pour les programmes sur la violence dirigée contre les femmes en tant que telles, particulièrement l'approche qui se concentre sur Les hommes en tant qu'agent de changement.
- Les trois approches sont illustrées par trois cercles entrecroisés car elles ne sont pas mutuellement exclusives. L'idéal serait que, dans la mesure du possible, les programmes devraient s'efforcer de mettre en œuvre autant d'approches possibles dans le travail effectué.

Les hommes en tant que partenaires de soutien

- Selon cette approche, les programmes se concentrent sur l'influence positive que les hommes peuvent avoir sur la santé sexuelle et de la reproduction de la femme (y compris la réparation de la fistule), étant donné que les hommes jouent un rôle majeur dans la prise de décision, la planification et l'allocation des ressources.
- Selon cette approche, les hommes sont considérés comme des alliés et des ressources dans l'amélioration de la santé de la reproduction grâce à leur engagement dans une variété de domaines tels que la santé maternelle, la planification familiale, les soins néonataux, le VIH et le SIDA.
- La plupart de ces programmes prennent en compte les disparités entre les sexes qui entravent la santé, mais ils ne mettent pas toujours en œuvre les activités de manière explicite pour traiter ces questions. Ces programmes pourraient être plus efficaces s'ils abordent explicitement les questions relatives aux disparités entre les sexes.

Les hommes en tant qu'agent de changement

- La programmation selon la présente approche est plus que transformationnelle, étant donné que le centre d'intérêt repose sur le traitement de manière explicite des normes relatives aux rapports entre les sexes qui mettent en danger la vie des hommes et des femmes.
- Les programmes demandent à ce que les hommes respectent les normes selon les sexes qui ont un impact négatif sur leurs vies et sur celles de leurs partenaires et familles. Ainsi, l'on demande alors aux hommes de trouver des solutions de rechange plus saines. Par conséquent, la plupart des programmes cherchant à impliquer les hommes pour l'amélioration des résultats de santé de la reproduction et la prévention de la violence dirigée contre les femmes utilisent cette approche.
- Selon la présente approche, une supposition implicite consiste à dire que la plupart des normes positives autour de la masculinité et des rapports sociaux entre les sexes devront se traduire par des résultats améliorés concernant la santé de la reproduction et la prévention de la violence dirigée contre les femmes. La plupart des programmes commencent à illustrer qu'une telle hypothèse est réelle.

- Les programmes qui se concentrent sur « les hommes en tant qu'agents de changement » sont le plus souvent intensifs et difficiles à mener parce qu'ils demandent aux hommes de faire des changements au niveau individuel dans un environnement qui ne le soutien pas.
 - Quelques programmes utilisant cette approche demandent maintenant aux hommes de catalyser et de s'engager avec d'autres hommes dans leurs communautés dans la promotion du traitement équitable entre les sexes, y compris celle en relation avec la santé de la reproduction et la prévention de la violence sexospécifique.
2. Après la présentation, il faudra expliquer que la prochaine activité va mettre en évidence, pour les participants, certains moyens selon lesquels chacune de ces approches ont été ou peuvent être utilisées dans les différentes phases du conflit. L'on donnera à chaque participant une ou plusieurs feuilles de papier listant une activité éventuelle qui engage les hommes. Chaque activité peut tomber sur chacun des deux catégories que sont : Les hommes en tant que partenaires au soutien, ou Les hommes en tant qu'agents de changement.
 3. Chaque participant devra mettre la feuille de papier sous l'un des tableaux-papier affiché—les hommes en tant que partenaires au soutien ou les hommes en tant qu'agents de changement—dépendant de la feuille qu'ils pensent être la plus appropriée en dessous. Mélanger les bouts de papier de telle sorte que les activités pour chaque approche ne sont pas groupées ensemble, et distribuer au hasard une ou plusieurs feuilles à chaque participant.
 4. Demander aux participants de se diriger jusqu'au mur, de prendre quelques bouts de ruban adhésif et d'afficher les feuilles de papier à l'endroit où ils croient qu'elles appartiennent. Rappeler qu'il peut y avoir quelques unes qui pourraient être placées en dessous des approches différentes, ce qui met en évidence le fait que les interventions utilisent souvent plusieurs approches pour engager les hommes.
 5. Une fois que toutes les feuilles sont affichées sur le mur, examinez-les avec les participants et déplacer n'importe laquelle dont le groupe pense qu'elle doit être changée et placée dans une différente approche.
 6. Conclure l'activité en discutant des questions ci-dessous.
 - Que pensent-ils des approches pour l'engagement des hommes qui ont été présentés ?
 - Est-ce qu'il s'agit d'approches pouvant être appliquées à leur travail ?
 - Est-ce que les interventions leur ont fourni des idées sur les activités d'engagement des hommes ? Si oui, quelles interventions pourraient-ils mettre en œuvre dans leur programme ?

Source : Le Project ACQUIRE, 2008, pp. 25 à 31.

Aller à la page 263 du curriculum de formation de la fistule obstétricale – Session 10 : Stage pratique.

Session 10

Stage pratique

Les étapes en rapport avec le stage clinique et décrites dans le curriculum de counseling de la fistule obstétricale n'ont besoin d'aucun matériel supplémentaire ou équivalent à ajouter pour traiter la fistule traumatique, mais si nécessaire, les formateurs devront rappeler aux participants les points essentiels qu'ils ont tirés des besoins spéciaux de counseling des femmes qui ont été traumatisées si toutefois ces questions connexes sont soulevées au cours du stage.

Session 11

Soutien au prestataire

Avant de conclure l'atelier, et après avoir discuté la façon dont les clientes de la fistule traumatique et leurs familles sont soutenues, nous pensons qu'il est crucial d'aborder la question relative au soutien du **prestataire**. Par conséquent, au début de la session intitulée « Récapitulation de l'atelier » dans le curriculum de counseling de la fistule obstétricale, vous pouvez penser à ajouter le matériel supplémentaire inclus dans la présente session et destiné à aider les prestataires à gérer leur stress, éviter l'épuisement professionnel et affronter le bilan psychologique en abordant la question du traumatisme.

Pour intégrer les informations sur la fistule traumatique dans la présente session, il faudra se référer aux éléments suivants contenus dans le supplément (tel qu'indiqué dans les instructions des cases rose du curriculum de formation de la fistule obstétricale) :

- Vue d'ensemble de la Session 11 équivalente : Objectifs de la Session, Points à retenir, Méthodes de formation, Matériels, et Préparation préalable (pages 214 à 219)
- Ressource supplémentaire : Supplément 11A : Vue d'ensemble des problèmes rencontrés par le prestataire/conseiller et de l'impact de travailler avec les clientes de la fistule traumatique (pages 220 à 227)
- Document supplémentaire 11-a : Vue d'ensemble de l'épuisement professionnel, Le traumatisme secondaire dû au stress et le Traumatisme transféré par personne interposée (pages 228 à 233)
- Document supplémentaire 11-b : Symptômes du stress et du traumatisme (page 234)
- Document supplémentaire 11-c : Le stress dû au travail (pages 235 et 236)

En outre, veuillez vous référer encore à la Session 1 du présent supplément pour ce qui suit :

- Equivalent de l'Annexe B—Pré-test/Post-test sur le counseling de la fistule (pages 11 à 13)
- Equivalent de l'Annexe C—Pré-test/Post-test sur les réponses clé du counseling de la fistule (pages 17 à 20)

Vue d'ensemble de la Session 11 équivalente

Vue d'ensemble de la Session 11

Objectifs de la session

A la fin de la présente session, les participants devront être en mesure de faire ce qui suit :

- Définir les expressions suivantes : épuisement professionnel, traumatisme secondaire dû au stress et traumatisme transmis par personne interposée
- Expliquer l'impact émotionnel éventuel du soutien offert par le prestataire par rapport aux besoins des femmes et des filles souffrant de la violence sexuelle
- Discuter l'importance de soutenir les prestataires qui prennent soin des clientes de la fistule traumatique
- Identifier les voies et moyens à travers lesquels les prestataires peuvent être soutenus
- Discuter des plans de suivi de la formation
- Évaluer l'efficacité de l'atelier dans l'atteinte de ses objectifs
- Partager les pensées et impressions pour la conclusion

POINTS À RETENIR

- ✓ Les prestataires travaillant avec les patientes de la fistule traumatique peuvent faire face à des menaces du point de vue de leur sécurité à cause de leur travail.
- ✓ L'épuisement professionnel peut arriver à tout prestataire et peut être défini comme étant « la pression psychologique cumulative due au fait de travailler avec plusieurs facteurs de stress », entraînant ainsi l'épuisement progressif de la personne au fil du temps. Il peut être causé par l'épuisement sur le plan affectif découlant de l'empathie, une population cliente difficile à gérer, de longues heures de travail avec peu de ressources, la réussite ambiguë, la générosité non réciproque, le sentiment de ne pas être à la hauteur de ses propres espérances pour faire un changement positif. Une telle situation peut mener à la dépression, au cynisme, à l'ennui, au manque de compassion et au découragement (adapté de : U.S. Department of Veterans Affairs National Center for PTSD, 2007).
- ✓ Le traumatisme secondaire dû au stress peut se produire lorsqu'un prestataire développe des symptômes similaires à ceux des clientes à force de travailler avec des individus qui ont été traumatisés. Ces symptômes sont les suivants : l'hyperexcitation, des symptômes gênants, l'évitement ou l'hébétude, l'anxiété et la dépression (adapté de : U.S. Department of Veterans Affairs National Center for PTSD, 2007).

(suite)

POINTS À RETENIR (suite)

- ✓ Le traumatisme transmis par personne interposée se réfère aux « *changements définitivement transformationnels et inévitables découlant des efforts thérapeutiques fournis aux victimes d'un traumatisme* ». il s'agit de changements émotionnels que le prestataire peut être confronté concernant la manière dont il/elle se considère. Le traumatisme indirect peut avoir un impact négatif sur la capacité du prestataire à maintenir le sens de soi et le sens de l'enracinement, les relations internes avec les autres, le sentiment de la valeur personnelle et l'aptitude à tolérer les réactions émotionnelles de sa propre personne et des autres. Cette situation peut amener les prestataires à porter des jugements trop catégoriques, à faire la sourde oreille aux clientes, ou à avoir un sens limité des relations avec les proches et avec les collègues, à se mettre en colère, perdre espoir, trop s'immiscer dans les problèmes des autres, à créer des frontières trop strictes, à être surprotecteur et à éviter le contact social et professionnel (adapté de : U.S. Department of Veterans Affairs National Center for PTSD, 2007).
- ✓ Tout prestataire travaillant directement avec les clientes de la fistule traumatique est exposé à l'épuisement professionnel, au traumatisme secondaire dû au stress et au traumatisme transmis par personne interposée, y compris les conseillers, les médecins, les infirmières et d'autres personnes encore.
- ✓ Certains prestataires peuvent eux-mêmes être des survivants d'un traumatisme, ce qui pourrait renforcer leur capacité de comprendre les sentiments des clientes mais cela peut également augmenter les risques de stress émotionnel.
- ✓ La plupart des symptômes du stress professionnel peuvent avoir un impact direct et négatif sur la qualité des soins offerts aux clientes. Par exemple, le stress peut entraîner des symptômes liés au comportement du personnel, y compris l'agression ou la colère envers les clientes, pouvant ainsi porter atteinte à la qualité du traitement et ralentir le processus de guérison.
- ✓ Les superviseurs doivent comprendre la portée émotionnelle des prestataires, reconnaître les signes et symptômes de stress chez les prestataires travaillant avec les clientes de la fistule traumatique et les aider à y faire face.
- ✓ Voici quelques méthodes pour aider les prestataires à réduire ou éviter la portée émotionnelle négative sur leur travail (*adapté de* : Vann, 2002) :
 - Rencontrer individuellement les prestataires (en posant des questions, en écoutant, en observant, en enseignant, en encadrant et en guidant) en faisant des examens de rendement
 - Faire un débriefing aux prestataires concernant les cas particulièrement difficiles
 - Organiser régulièrement des réunions de groupe pour les prestataires
 - Développer des politiques et procédures pour assurer la sécurité des prestataires
 - Développer des politiques pour fixer des limites sur le plan professionnel, y compris les congés
 - Inculquer un comportement positif
 - Faire un roulement du personnel à travers différentes fonctions pour permettre le changement des responsabilités
 - S'engager dans des activités de groupe régulières ou organiser des manifestations pour des moments de relaxation et de soutien social, notamment les exercices physiques en groupe.
- ✓ Les prestataires ayant besoin d'aide sur le plan professionnel pour combattre le stress devront être soutenus dans leurs efforts pour accéder aux soins appropriés.

Méthodes de formation

- Mise en train
- Discussion
- Présentation
- Groupe de travail jumelé
- Travail en petit group
- Travail individuel

Matériels

- Tableau-papier, chevalet, marqueurs et ruban adhésif
- Document supplémentaire 11-a : Vue d'ensemble de l'épuisement professionnel, du traumatisme secondaire dû au stress et du traumatisme transmis par personne interposée
- Document supplémentaire 11-b : Symptômes du stress et du traumatisme
- Document supplémentaire 11-c : Le stress professionnel
- Annexe B : Post-test
- Document du participant 11-A : Plan de mise en œuvre du Site domestique
- Annexe J : Formulaire d'évaluation de l'atelier
- Diplômes de participation pour les participants
- Rafraîchissements

Préparation préalable

1. Préparer un tableau-papier en utilisant les objectifs de la présente session.
2. Préparer un tableau-papier comportant le titre « Epuisement professionnel » et le texte suivant en dessous (utiliser deux feuilles du tableau-papier, au besoin) :

Épuisement professionnel

« La pression psychologique cumulative causée par le travail avec plusieurs facteurs de stress différents, amenant l'individu à se sentir épuisé de manière progressive au fil du temps ».

- Empathie
- Population cliente difficile
- Longues heures avec des ressources limitées
- Réussite incertaine
- Générosité non réciproque
- Le fait de ne pas être à la hauteur de ses propres espérances pour effectuer un changement positif

Peut mener à la dépression, au cynisme, au manque de compassion et au découragement.

3. Préparer un tableau-papier comportant le titre « Traumatisme secondaire dû au stress » et le texte en dessous :

Traumatisme secondaire dû au stress

Peut survenir lorsqu'un prestataire développe des symptômes similaires à ceux des clientes à force de travailler avec des individus qui ont connu un traumatisme. Il s'agit de :

- a. L'hyperexcitation
- b. Les symptômes de gêne
- c. L'évitement et l'hébétude
- d. L'anxiété
- e. La dépression

4. Préparer un tableau-papier (or a pair of flipcharts) comportant le titre « Traumatisme transmis par personne interposée » et le texte suivant en dessous :

Traumatisme transmis par personne interposée

« *Changement permanent, transformationnel et inévitable découlant du travail thérapeutique avec les survivantes du traumatisme.* »

Changement du prestataire sur le plan émotionnel concernant la manière dont il/elle se considère. Impacts :

- Sens de soi et de l'enracinement
- Relations internes avec les autres
- Sentiment relative au mérite personnel
- Aptitude à tolérer ses propres réactions émotionnelles et celles des autres

Traumatisme transmis par personne interposée (part 2)

Les prestataires peuvent :

- Commencer à porter des jugements très catégoriques
- Faire la sourde oreille
- Avoir des relations limitées avec les proches et les collègues
- Etre en colère, perdre espoir
- Commencer à trop s'immiscer dans les affaires des autres
- Créer des limites trop strictes, devenir surprotecteur
- Eviter le contact social et professionnel

5. Préparer un tableau-papier comportant le titre « Facteurs de stress et Ressources » avec un tableau similaire à celui inséré ci-dessous :

Facteurs de stress et Ressources

Qu'est-ce qui fait que je sois stressé ?		Qu'est-ce qui me donne de la force ? Qu'est-ce qui fait que je me sente bien dans ma peau ? Ressources
Principaux facteurs de stress		
Que puis-je contrôler ?	Ex., Le fait de penser à ce que je dois faire une fois à la maison, de m'inquiéter à propos de mes enfants, de vouloir aider tout le monde	Ex., Rencontre des amis et des voisins, faire une longue marche, jouer avec mes enfants, être capable d'aider les clientes de la fistule traumatique
Que puis-je contrôler ?	Ex., la situation de conflit et de guerre dans laquelle je vis, les changements constants effectués au niveau des organisations dans lesquelles je travaille, le nombre important de clientes avec qui je travaille tous les jours	Ex., Mon patron est de bonne humeur en remarquant le changement positif concernant la façon dont la communauté traite les survivantes de la violence sexuelle et répond à leurs besoins

Adapté de : IASC et Global Protection Cluster on Gender-Based Violence, 2010.

6. Découper deux longues bandes de papier d'environ six pouces à partir de la longueur du tableau-papier. Lier les deux bouts avec du ruban adhésif de telle sorte que l'on puisse la porter comme une écharpe. Utiliser les marqueurs pour décorer l'écharpe avec les termes « Super ce qui chasse le stress » (à utiliser dans la Partie B, Activité 3).
7. Faire assez de copies de l'Annexe B, Document 11-A, et des Documents supplémentaires 11-a, 11-b et 11-c à distribuer aux participants.
8. Envoyer des invitations.
9. Fournir au porte-parole les buts et objectifs et quelques réalisations générales (par ex., les clientes traitées, l'interaction avec le site, si oui ou non les participants ont bien agi de manière générale, etc.), afin qu'ils aient un contexte pour leurs remarques.
10. Demander aux participants de choisir un représentant pour parler en leur nom.
11. Préparer un diplôme de participation pour chaque participant.
12. Revoir l'Annexe J : faire une copie du Formulaire d'évaluation de l'atelier pour chaque participant.
13. Planifier des efforts pour le suivi.

Durée : 5 heures et 10 minutes; 30 minutes minutes pour la cérémonie de clôture en respectant le protocole local

Aller à la page 283 du curriculum de formation de la fistule obstétricale – Session 11 Etape de formation.

Supplément 11A

NOTE AUX FORMATEURS

La présente session fournit une série d'activités de formation visant à aider les participants à comprendre le risque de la pression psychologique cumulative (« épuisement professionnel ») et le traumatisme secondaire dû à l'épuisement (pouvant arriver à certains prestataires en travaillant avec la plupart des clientes de la fistule traumatique).

Partie A : Soutien au prestataire

Durée : 25 minutes

Activité 1 : Mise en train (10 minutes)

1. Expliquer aux participants que jusqu'à maintenant, toutes les activités de la formations étaient concentrées sur l'aide fournie aux clientes. Mais les prestataires ne peuvent aider les clientes et leur fournir des services de qualité que s'ils sont en mesure de gérer les facteurs de stress accompagnant ce type de travail.
2. Lire les déclarations suivantes à haute voix et demander aux participants qui ont été confrontés à ces situations ou ont pensé de la sortes de lever la main (s'ils se sentent à l'aise pour le faire). Donner une note sur le plan mental concernant toute tendance (i.e., les déclarations selon lesquelles presque tout le monde s'y identifie ou les déclarations dont personne ne s'y identifie).
 - La plupart du temps, quand je vais au travail, je me sens fatiguée.
 - Parfois, quand j'écoute les histoires des clientes de la fistule traumatique et des autres personnes ayant vécu l'expérience d'une violence sexuelle, je pense à quelque chose qui m'est arrivé ou à quelqu'un que je connais.
 - Il y a des moments où les clientes me font part de choses qui me rendent triste et inquiet.
 - Je passe la plupart de mon temps à essayer de trouver une solution aux problèmes des personnes et je ne suis pas toujours sûr d'y arriver.
 - Je ne sais vraiment pas ce que je suis supposé penser – si je sympathise trop à la situation, cela devient douloureux et je pourrais être trop impliqué, mais si je ne sympathise pas, il se peut que je ne donne pas à la cliente le soutien dont elle a besoin.

- Nous avons besoin d'aide de la part de nos encadreurs en ce qui concerne le traitement des cas les plus difficiles, mais ils sont toujours occupés.
 - Parfois, je me demande pendant combien de temps je vais continuer à faire ce travail.
3. Ensuite, lire les déclarations suivantes à haute voix et demander aux participants qui on déjà eu cette expérience ou ce genre de pensée de lever la main (s'ils se sentent à l'aise pour le faire).
- Je peux avoir des problèmes personnels, mais je suis heureux lorsque l'on est capable d'aider les autres à résoudre les leurs.
 - Quand je rentre à la maison à la fin de la journée, je « décroche » et me repose.
 - J'apprécie beaucoup les autres membres du personnel où je travaille. Nous nous soutenons et cela représente une source de force.
 - La vie des clientes de la fistule traumatique à qui nous offrons notre aide a changé pour toujours ; pour la plupart, cela veut dire qu'elles sont en vie et que cela vaut la peine de fournir tous ces efforts.
 - Les clientes sont d'habitude très reconnaissantes pour l'aide que nous offrons, et cela fait du bien de se voir complimenter pour son travail.
 - Je crois que j'aime ce que je fais et je suis bien.
 - Le travail que nous faisons à l'hôpital (à la clinique) contribue à la reconstruction du pays et cela me donne de l'espoir..
4. Faire un bref résumé de toute tendance que vous avez pu remarquée dans les réponses des participants et souligner que le counseling des clientes de la fistule traumatique peut avoir des hauts et des bas. Inviter les participants à faire toute autre observation au groupe, et expliquer que dans les activités qui suivent, vous les aiderez à réfléchir particulièrement sur l'impact de leur travail, sur leurs propres vies et sur les différentes manières de prendre soins d'eux-mêmes et de chacun d'eux à mesure qu'ils font ce travail important.

Activité 2 : Discussion/Présentation (15 minutes)

1. Demander aux participants s'ils ont déjà entendu parler des termes « épuisement professionnel », « traumatisme secondaire dû au stress », et « traumatisme transmis par personne interposée ». Commencer par l'expression « épuisement professionnel » et demander aux participants ce qu'ils entendent par cette expression. Faire de même pour le « traumatisme secondaire dû au stress » et noter les réponses des participants sur une autre feuille du tableau-papier. Faire également la même chose pour le « traumatisme transmis par personne interposée »
2. Accrocher le(s) tableau(x)-papier préparé(s) avec le titre « épuisement professionnel » et lire la définition à haute voix (ou demander à un des participants de le lire à haute voix), en notant que cette définition et les autres que vous présenterez proviennent d'un feuillet appelé « Travailler avec les survivantes de traumatisme : Les éléments que les travailleurs doivent savoir », qui a été développé par le United States Department of Veterans Affairs National Center for Post-Traumatic Stress Disorder. Souligner la façon dont les commentaires faits par les participants sont différents ou similaires à la présente définition.
3. Faire la même chose pour les deux autres tableau-papier.

4. Expliquer qu'il n'existe pas nécessairement une progression spécifique allant de l'épuisement professionnel au traumatisme secondaire causé par le stress et au traumatisme indirect. Plutôt, ces états sont différents en quelque sorte et ont des symptômes différents. Insister sur le fait que les personnes réagissent individuellement à leur situation et que le même type de travail peut avoir un impact différent sur différentes personnes. Bien qu'il n'y ait aucune « bonne » ou « mauvaise » manière de se comporter, chacun de ses états peut avoir des conséquences graves chez les prestataires/conseillers, ainsi que leurs clientes, collègues de travail, amis et familles. Ces individus peuvent être blessés, inquiets et confus par rapport aux changements émotionnels et comportementaux qu'ils ont remarqués, et les conseillers/prestataires doivent être conscients de leurs réactions et prendre des mesures pour se faire traiter d'eux-mêmes et chercher de l'aide supplémentaire auprès des collègues et amis de confiance, au besoin.
5. Donner à chaque participant une copie des Documents supplémentaires 11-a : Vue d'ensemble de l'épuisement professionnel, du Traumatisme secondaire dû au stress et du Traumatisme transmis par personne interposée, et 11-b : Symptômes du stress et du traumatisme. Revoir le Document supplémentaire 11-b avec le groupe et souligner qu'en tant que prestataires/conseillers travaillant avec les clientes traumatisées, ils peuvent reconnaître certains symptômes du stress. Insister sur le fait qu'il existe des moyens de traiter ces questions aussi bien sur le plan individuel qu'en collaboration avec les collègues et les amis.

Partie B : Gestion du stress et prévention de l'épuisement professionnel

Durée : 1 heure, 25 minutes

Activité 1 : Groupe de travail jumelé (30 minutes)

1. Demander aux participants de faire équipe avec la personne assise à leur droite qui sera leur partenaire pour cet exercice.
2. En utilisant le Document supplémentaire 11-c : Le stress professionnel, demander à ce qu'une personne fasse une « interview » à son partenaire et qu'ils réfléchissent ensemble sur les différentes manières de mettre fin ou réduire le stress professionnel. Lorsque la première personne aura fini d'analyser leur stress professionnel, les partenaires devront échanger de rôles.
3. Lorsque les participants auront fini, dites-leur de rejoindre le groupe principal et inviter certains d'entre eux à partager ce qu'ils ont trouvé sur le stress professionnel et sur leurs vies et les changements qu'ils pourraient effectuer pour réduire le stress.

(Source : The Headington Institute, www.headington-institute.org/Default.aspx?tabid=1302)

Activité 2: Discussion (35 minutes)

1. Expliquer aux participants que le traitement des survivantes de violence sexuelle et le fait d'être exposé régulièrement aux comptes-rendus de violence sexuelle peuvent s'avérer très difficile et peuvent nous affecter tous, indépendamment du type de travail que nous faisons. Par conséquent, il est très important que nous nous protégeons et que nous élaborons des outils pour prendre soins de nous-mêmes et de nos collègues. Avant de discuter des soins personnels, nous devons d'abord penser aux éléments dans notre vie qui causent le stress (facteurs de stress) et des éléments qui fassent que nous nous sentons bien et/ou nous donnent de la force (ressources).
2. Fixer le tableau-papier sur lequel il est inscrit « Facteurs de stress et Ressources » sur le mur. Demander aux participants de prendre une feuille de papier vierge et de copier le tableau, et de laisser des espaces sur les cages appropriées afin qu'ils puissent y inscrire leurs propres facteurs de stress et ressources. Demandez-leur de penser à des choses qui causent le stress dans leur vie et travail quotidiens et des activités ou faits qui leur permettent de se sentir bien, en faisant la distinction entre les éléments qu'ils peuvent contrôler et ceux qu'ils ne peuvent pas contrôler. Souligner les exemples dans le tableau que vous aviez écrits sur la feuille du tableau-papier. Demander aux participants d'inscrire également quelques symptômes qu'ils ont eus quand ils se sentent stressés (par ex., maux de tête, maux de ventre, difficultés de concentration, etc.).
3. Donner aux participants peu de temps (5–10 minutes) pour remplir leur tableau. Lorsque tout le monde aura fini, inviter quelques participants à donner leurs réactions sur la façon dont ils ont rempli leur tableau et ce qu'ils considèrent comme leurs signes de stress.
4. Conclure en insistant sur le fait qu'il est important d'être conscient des facteurs de stress auxquels l'on est exposé et de reconnaître les signes éventuels du stress. En outre, insister sur les différentes méthodes et ressources que l'on peut utiliser pour combattre le stress dans la vie.

(Adapté de : IASC et Global Protection Cluster on Gender-Based Violence, 2010)

Activité 3 : Travail en petit groupe (35 minutes)

1. Répartir les participants en petits groupes (4 à 5 personnes). Donner à chaque groupe des fiches.
2. Demander aux participants de penser aux stratégies qu'ils peuvent utiliser pour réduire l'impact des facteurs de stress ou des activités qui représentent une ressource pour eux. Demandez-leur d'inscrire l'expression « Ce qui chasse le stress » sur une fiche (par exemple: le fait de discuter avec les collègues de ce que je trouve difficile dans le travail ; le fait de s'exercer ; prier ; le fait d'aller rendre visite à ma mère et à mon père ; faire une longue marche, etc.).
3. Donner l'ordre au groupe de mettre toutes les fiches sur le sol et de choisir ce qu'ils pensent être le meilleur élément « qui chasse le stress » dans le groupe.

4. Demander à l'inventeur du meilleur stress buster (ce qui chasse le stress) dans chaque groupe de se joindre à l'élection du « Super stress buster ».
5. Demander au reste des participants de voter pour « le super stress buster » en applaudissant ; celui qui a les applaudissements les plus forts devra porter l'écharpe du « super stress buster ».
6. Examiner brièvement les autres éléments qui chassent le stress qui ont été identifiés dans les groupes. S'enquérir sur le degré d'efficacité de ces stratégies dans le traitement des facteurs de stress, particulièrement ceux générés en travaillant avec les survivantes.

(Adapté de : IASC et Global Protection Cluster on Gender-Based Violence, 2010)

Partie C : Soins personnels

Durée : 50 minutes

Activité 1 : Remue-méninges/Discussion (10 minutes)

1. Indiquer aux participants qu'en tant que prestataires et conseillers socio-psychologiques s'activant dans le traitement des autres individus, il peut s'avérer difficile de demander aux autres personnes de l'aide en affrontant le stress.
2. Demander aux participants de réfléchir sur les raisons pour lesquelles ils pourraient manquer de demander de l'aide aux autres personnes lorsqu'ils se sentent émotionnellement submergés par leur travail, ou pour toute autre raison.
3. Animer une brève discussion en relevant les questions clé sur une feuille du tableau-papier. Se référer au Conseil pour la formation pour obtenir des idées supplémentaires à partager avec les participants. Demander s'ils acceptent qu'eux-mêmes et/ou les autres participants/prestataires pourraient avoir ces croyances et discuter comment elles pourraient saper leur bien-être.
4. Conclure en insistant sur le fait que les prestataires et les conseillers font un important travail, mais ils ne peuvent y parvenir que lorsqu'ils sont eux-mêmes en bonne santé. Le stress et l'épuisement professionnel que les prestataires et les conseillers peuvent être parfois confrontés constitue des réactions naturelles à des situations dans lesquelles ils sont exposés chaque jour. Ils méritent d'être soutenus à chaque fois qu'ils en ont besoin, et ils ne devront pas se sentir mal s'ils sont parfois submergés. Il est important de reconnaître quand est-ce qu'ils ont besoin d'aide de la part des autres personnes et de savoir comment le solliciter.

CONSEIL POUR LA FORMATION

Pour aider les participants à faire un brainstorming sur les raisons pour lesquelles ils peuvent être réticents par rapport au fait de demander de l'aide pour faire face au stress, partager avec eux la liste suivante comportant 10 croyances empêchant les assistants d'obtenir de l'aide :

Dix croyances empêchant les assistants à obtenir de l'aide !

1. Nous croyons que nous devrions ne pas avoir des problèmes personnels... que nous savons plus que les autres !
2. Nous voyons les problèmes personnels comme étant un signe de faiblesse ou d'échec.
3. Nous pensons qu'il n'existe aucun lieu sûr pour nous pour obtenir de l'aide.
4. Nous devrions être conscients de l'existence de solutions à tous les problèmes.
5. Nous avons des compétences en matière d'aide et sommes en mesure de prendre soin de nous-mêmes.
6. Nous intellectualisons souvent et/ou dissociions de la portée émotionnelle de nos problèmes.
7. Nous donnons souvent des conseils à la famille, aux amis et aux proches... une violation des frontières.
8. Nous nous sentons responsables et souvent coupables si un membre de la famille ou un proche a un problème personnel.
9. Nous nous sentons embarrassés de demander de l'aide auprès des nos collègues médecins.
10. A cause des éléments susmentionnés, nous attendons souvent trop longtemps que les autres personnes pour les permettre de se faire aider, et nous sabotons souvent notre propre traitement.

(Source: FHI, Consortium de RHRC, et IRC, pas de date)

Activité 2 : Travail en petit groupe (20 minutes)

1. Introduire cet exercice en indiquant aux participants qu'il est plus facile de demander de l'aide lorsque l'on connaît le genre d'aide dont on a besoin. Cet exercice aidera les participants à réfléchir sur la manière dont leurs organisations et leurs environnements de travail peuvent les soutenir.
2. Répartir les participants en 4-5 groupes. Donner à chaque groupe une feuille du tableau-papier et demander à chaque participant de décrire pour les autres personnes dans le groupe une façon dont son organisation aide ses prestataires/conseillers à faire face au stress professionnel. Demander à une personne dans chaque groupe d'écrire les réponses sur le tableau-papier. Ensuite, demander à chaque participant d'identifier au moins une façon dont ils souhaitent que leur organisation soutienne ses prestataires/conseillers dans le traitement du stress. Ces souhaits devront également être inscrits dans le tableau-papier sous une autre section ou sur une feuille différente du tableau-papier.

3. Rassembler de nouveau le groupe entier et demander à un représentant de chaque petit groupe d'expliquer au reste des participants « les pratiques courantes » de son groupe concernant les activités actuelles menées par leurs organisations et d'établir la « liste des vœux » des éléments qu'ils voudraient que leurs organisations accomplissent.
4. Ecrire chacune des réponses sur des feuilles distinctes du tableau-papier (une pour les pratiques courantes, une autre pour la liste des vœux). Animer une discussion sur l'importance des pratiques courantes et voir si les individus les trouvent utiles, ainsi que sur l'intérêt et la faisabilité des idées figurant dans la liste des vœux.
5. Conclure en indiquant que les idées produites à partir de cet exercice sont des concepts qu'ils peuvent rapporter à leurs organisations et discuter avec leur personnel et les personnes chargées de la gestion si toutefois ils trouvent une opportunité pour leur organisation d'améliorer les méthodes à travers lesquelles elles aident le personnel à mieux gérer le stress professionnel. Expliquer que le fait de contribuer au changement positif au niveau organisationnel constitue également une manière de prendre soins d'eux-mêmes.

CONSEIL POUR LA FORMATION

La supervision et les groupes affinitaires au sein du personnel constituent deux méthodes à travers lesquelles les organisations peuvent aider les prestataires et les conseillers socio-psychologiques à obtenir du soutien aussi bien sur le plan technique que sur le plan émotionnel. L'épuisement professionnel est causé en partie par un sentiment d'inaptitude à accomplir tout ce dont l'on a besoin, ce qui peut mener à des sentiments de faiblesse et de dévalorisation. Une supervision adéquate du personnel à travers des conseils concrets, objectifs sur la manière de faire face aux problèmes relatifs au travail et encourager le travail, peut considérablement aider le personnel à reconnaître leurs propres réalisations et se sentir soutenu. Une bonne supervision du personnel implique également la création d'un environnement qui favorise l'ouverture entre les prestataires et les conseillers et leurs encadreurs, afin que le personnel se sente en sécurité en parlant des facteurs de stress comme étant la charge professionnelle sans pour autant craindre les mauvais résultats concernant l'évaluation de leur travail ou d'autres commentaires négatifs.

Les groupes affinitaires de soutien peuvent être formés à travers l'organisation régulière de réunions au cours desquelles le personnel s'aide mutuellement pour trouver des solutions aux cas difficiles, se félicite à propos de leurs réussites et s'encourage afin d'affronter ensemble les situations difficiles.

La supervision et les groupes affinitaires au sein du personnel sont probablement adoptés dans la plupart des organisations où travaillent les participants. Si ces derniers ne soulèvent pas cette question comme étant une pratique courante, il faudra leur demander d'en discuter en tant que moyen éventuel à travers lequel l'organisation peut les aider. Au cas où ces mécanismes sont considérés comme inappropriés parce qu'ils n'existent pas ou ne fonctionnent pas, encourager les participants à réfléchir sur la manière d'aborder ces questions avec les personnes appropriées dans leurs organisations, notamment les superviseurs, afin que le système marche convenablement.

(Source: MacGregor, 2008)

Activité 3: travail individuel/Discussion (20 minutes)

1. Demander aux participants de se référer encore au tableau qu'ils ont dessiné au cours de l'exercice dans la Partie B, Activité 2.
2. Demander aux participants de dresser un « Plan concernant les soins personnels ». Proposer qu'ils écrivent sur une feuille du carnet des stratégies éventuelles pour faire face aux facteurs de stress qu'ils ont listés. Demandez-leur de penser à des stratégies individuelles, des mécanismes d'adaptation spécifiques à la culture, des mécanismes de soutien social et des aspects organisationnels. Suggérer qu'ils pensent également à des stratégies pour renforcer leur bien-être sur le plan physique, émotionnel, intellectuel et spirituel.

Les questions ci-dessous peuvent être utilisées en tant qu'indicateurs :

- Quelles sont les activités qui pourraient vous aider à vous relaxer, à prendre un peu de recul par rapport à votre travail, ou vous aider à ne pas penser à votre travail une fois à la maison ?
 - Que pouvez-vous changer afin que les facteurs de stress incontrôlables dans votre vie deviennent maîtrisables ?
 - Comment pouvez-vous faire face aux facteurs de stress incontrôlables ?
 - Où pouvez-vous rechercher du soutien social ?
 - Auprès de qui pourriez-vous aller pour partager vos expériences concernant les soins offerts aux survivantes de violence sexuelle ?
 - Quel changement au niveau de l'organisation ou de l'environnement pourrait vous aider pour faire face au stress ?
 - Comment votre organisation peut-elle vous aider de la meilleure façon possible ? Que pouvez-vous faire pour initier des changements ? Comment pouvez-vous en discuter avec votre organisation ?
3. Demander aux participants de penser à la personne qu'ils vont choisir en tant que « compagnon du stress » ; il pourrait être quelqu'un qui est proche d'eux, avec qui ils peuvent discuter leur plan de soin personnel, et qui pourrait les aider à prendre l'initiative de traiter le stress. Par exemple, le compagnon du stress pourrait être un autre participant dans la formation, ou un collègue, un ami ou le superviseur.
 4. Demander aux participants qui veulent parler de leur plan de soin personnel s'ils voudraient partager certaines de leurs idées avec les autres participants.
 5. Encourager les participants à garder leur plan de soin personnel à la maison ou dans leur bureau, et proposez-leur de le revoir occasionnellement comme une façon de contrôler s'ils sont en train de prendre soin de leurs propres besoins.
 6. Conclure en rappelant aux participants qu'ils courent le risque d'être confrontés à l'épuisement professionnel et aux différentes formes de stress à cause du travail important qu'ils sont en train de faire, mais il existe plusieurs façons de prendre soins d'eux-mêmes et de demander de l'aide si toutefois le besoin se fait sentir.

(Adapté de : IASC et Global Protection Cluster on Gender-Based Violence, 2010; FHI, RHRC Consortium, et IRC, pas de date.)

Aller à la 283 du curriculum de formation de la fistule obstétricale – Session 11 Etapes de formation : Activité 1.

Document supplémentaire 11-a

Vue d'ensemble de l'épuisement professionnel, du traumatisme secondaire dû au stress et du traumatisme transmis par personne interposée

A cause de la nature exigeante de leur travail sur le plan émotionnel, les prestataires et les conseillers socio-psychologiques travaillant avec les clients traumatisés sont exposés à l'épuisement professionnel, au traumatisme secondaire dû au stress et au traumatisme transmis par personne interposée. Le U.S. Department of Veterans Affairs (Département américain des Anciens combattants) détient une longue histoire dans la recherche sur le syndrome/trouble de stress post-traumatique et les autres questions relatives à la santé mentale en rapport avec le traumatisme. D'autres organisations travaillant en collaboration avec les personnes chargées des affaires humanitaires fournissent des définitions similaires.

Les conseillers et les prestataires sont exposés à tous ces états, bien que tout individu particulier va développer l'épuisement professionnel, le traumatisme secondaire dû au stress ou le traumatisme transmis par personne interposée, dépend d'un certain nombre de facteurs, y compris la personnalité d'un individu, la disponibilité des ressources et l'utilisation des mécanismes d'adaptation ainsi que les caractéristiques spécifiques de l'environnement de travail et des exigences professionnelles. Il existe un certain chevauchement concernant les types de symptômes éprouvés à cause de ces trois états, mais ils sont distincts tels que l'indiquent les définitions suivantes. Enfin, il est important pour chaque individu d'être conscient des facteurs de stress dans leurs vies, de leurs propres réactions personnelles aux différentes formes de stress et des types de ressources qu'ils peuvent utiliser pour réduire l'impact du stress professionnel sur leur santé et leur bien-être.

Définitions

Epuisement professionnel

Le terme « épuisement professionnel » a été mis en pratique à travers les professions d'aide et réfère à la tension psychologique cumulative due au fait de travailler avec plusieurs facteurs de stress différents. Une des caractéristiques essentielles de l'épuisement professionnel est le fait qu'il découle de l'exposition à différents types de stress au fil du temps (stress cumulatif). Il se manifeste souvent par un épuisement progressif au fil du temps.

Les facteurs contribuant à l'épuisement professionnel sont les suivants :

- L'isolement professionnel
- L'épuisement sur le plan émotionnel découlant de l'empathie
- Une population cliente difficile
- De longues heures de travail avec des ressources limitées
- Succès ambigu

- La générosité non réciproque et le soin apporté au travail
- Le fait de ne pas être à la hauteur de ses propres espérances pour effectuer un changement positif

Les symptômes de l'épuisement professionnel sont :

- La dépression
- Le cynisme
- L'ennui
- Le manque de compassion
- Le découragement

(Source: U.S. Department of Veterans Affairs National Center for PTSD, 2007)

Une définition similaire de l'épuisement professionnel a été fournie par The Headington Institute, une organisation spécialisée dans la fourniture de soutien psychologique et spirituel aux personnes travaillant dans les milieux humanitaires et les zones sinistrées à travers le monde (www.headington-institute.org).

Ils se réfèrent à l'épuisement professionnel en tant que « une procédure impliquant une exposition graduelle à la tension professionnelle entraînant l'épuisement, favorisant des sentiments de cynisme, le détachement sur le plan professionnel, et un sens d'inefficacité et de manque de réalisation ». Les signes de l'épuisement professionnel chez un individu sont les suivants :

- Le fait de se sentir épuisé, diminué, et « d'avoir trop dépensé d'énergie »
- Le fait de se sentir détaché et/ou hébété et insensible sur le plan émotionnel
- Le fait d'avoir un sens réduit de l'œuvre, de la finalité, de la signification en rapport avec le travail
- Le fait d'avoir le sens du négativisme, du cynisme et de la culpabilité
- Le fait de ne pas être sûr de soi et de se sentir incompetent, accablé ou impuissant
- Le fait de décliner dans la performance et la productivité dans le travail
- Le fait de se sentir non apprécié
- Le fait de se sentir « utilisé » et en colère
- L'expression d'une impatience et d'une irritabilité accrue et des conflits dans les relations
- Le manque de confiance aux motifs et actions des collègues
- Le fait de se sentir déprimé

(Source: The Headington Institute, pas de date)

Le traumatisme secondaire dû au stress

Tandis que les personnes, dans une variété de situation, peuvent faire face à l'épuisement professionnel au fil du temps, les individus travaillant directement avec les personnes traumatisées peuvent être exposés aux symptômes du traumatisme similaires à ceux éprouvés par les clients qu'ils traitent. Le U.S. Department of Veterans Affairs décrit le traumatisme secondaire dû au stress comme suit :

Le terme « traumatisme secondaire dû au stress » a été inventé par une variété d'auteurs¹ pour décrire les signes et symptômes subcliniques et cliniques du syndrome de stress post-traumatique (SSPT) éprouvés par les techniciens spécialistes et qui reflètent ceux des clients, amis ou membres de la famille ayant subi un traumatisme. Du fait qu'il n'est pas reconnu par les normes psychiatriques courantes, la plupart des cliniciens indiquent que les individus ayant assisté d'autres personnes qui ont eu un stress traumatique peuvent développer des symptômes similaires ou associés au SSPT. Ces symptômes incluent :

- L'hyperexcitation (réactivité exacerbée—l'étonnement, le rythme cardiaque, le pouls)
- Les symptômes importuns
- L'évitement ou « l'hébétude » émotionnel
- L'anxiété
- La dépression

(Source : U.S. Department of Veterans Affairs National Center for PTSD, 2007)

Une autre série de symptômes associés au traumatisme secondaire (et le stress dû à un incident critique) est fournie dans le manuel de formation intitulé *Caring for Survivors of Gender Based Violence in Emergencies* (IASC et Global Protection Cluster on Gender-Based Violence. 2010).

Les signes de stress dû à un incident critique et ceux du traumatisme secondaire sont les suivants :

- Le fait d'emmener le travail à la « maison » : Cela signifie que même si vous ne vous trouvez pas au lieu de travail, une fois à la maison ou en compagnie de votre propre famille, vous êtes incapable d'arrêter de penser à votre travail.
- L'insomnie.
- Le fait de se sentir très affectif pendant ou après avoir été en contact avec une survivante.
- Etat d'anxiété généralisée.
- Le fait de se sentir accablé, comme si il n'existe aucun moyen d'affronter ce qui s'est passé autour de vous.
- Le fait de se sentir incompetent, comme si vous n'êtes plus capable d'accomplir ce que vous aviez jadis réalisé de manière adéquate.
- Le manque d'énergie, la dépression d'évolution lente et l'incapacité d'être heureux ou triste, le fait d'être juste tempéré ou hébété.
- Le fait d'avoir des pensées indiscrettes sur les patients et les familles, et sur les événements extrêmement stressants : rêves, cauchemars, rêveries, les images qui réapparaissent, la répétition mentale frappante du traumatisme d'un client.
- Le fait d'être en colère avec les survivantes, les familles, le système, soi-même et/ou le personnel/la culture.
- Le fait d'être excité ou super agité pour des événements insignifiants (particulièrement à la maison)
- Le fait d'avoir des idées fantaisistes de vengeance.
- Le fait de revivre les souvenirs obsédant de ses propres événements terrifiants.
- Le fait de se détacher des proches sur le plan émotionnel (tel que l'hébétude, l'effet morne [voir en dessous], ou manque d'humeur).

L'effet morne réfère au changement de la réaction émotionnelle d'une personne, de sorte qu'il/elle n'exprime aucune émotion, quelles que soient ses expériences.

Le traumatisme transmis par personne interposée

Le traumatisme indirect est différent du traumatisme secondaire dû au stress dans la mesure où il implique non seulement les symptômes du traumatisme dû au stress mais également des changements plus profonds de l'individu travaillant avec des personnes traumatisées.

Les informations suivantes fournies par le U.S. Department of Veterans Affairs, aident à faire la distinction entre ces deux formes de traumatisme.

Le terme « traumatisme transmis par personne interposée » a été inventé par Pearlman et Saakvitne (1995) pour décrire « ces changements en permanence transformationnelles et inévitables découlant du travail thérapeutique effectué avec des survivants de traumatisme ». Dans leur recherche, ils ont noté qu'un certain nombre de changements étaient fréquents chez les travailleurs de la santé mentale ayant des clients qui étaient des survivants de traumatisme. Les changements étaient considérés comme non pathologiques (comme dans le cas du traumatisme secondaire dû au stress), mais ils étaient plutôt vus comme des changements normaux cognitifs ou émotionnels en rapport avec la manière dont le travailleur de la santé mentale se sent et pense de sa propre personne. Le changement était cumulatif du fait que, au fil du temps, les travailleurs de la santé mentale entrent en contact avec plusieurs survivants de traumatisme. Les changements étaient également profonds dans leurs effets sur la vie d'un individu. Ils ont tendance à se produire le plus souvent chez les individus trop empathiques et sensibles, les personnes ayant des antécédents de traumatisme, et chez les tout nouveaux thérapeutes.

Le traumatisme transmis par personne interposée peut avoir des conséquences négatives sur la personne notamment dans les situations suivantes :

- Ses relations avec de la signification et de l'espoir
- Son aptitude à répondre à ses propres besoins
- Son intelligence
- Sa volonté
- Son sens de l'humour
- Son aptitude à assurer sa propre protection
- Sa mémoire/son imagination
- Son sens existentiel des relations avec les autres
- Ses capacités personnelles telles que :
 - L'aptitude constante à se maintenir stable
 - La tolérance concernant une variété de réactions émotionnelles pour lui et les autres personnes
 - Un sens des relations internes avec les autres
 - Un sens de soi comme le fait d'être viable, mériter d'être aimé, digne d'estime
 - Un sens de soi qui est enraciné

Un certain nombre de changements de comportement peuvent être dus au traumatisme transmis par personne interposée, y compris :

- Porter des jugements catégoriques aux autres personnes
- Faire la sourde oreille
- Avoir un sens réduit des relations avec les personnes aimées et les collègues
- Devenir cynique ou être en colère et perdre espoir ou le sens de la signification
- Développer des fantaisies de secours, devenir plus impliqué et parler des problèmes des autres
- Développer des limites trop rigides et strictes
- Avoir une attitude protectrice inouïe causée par un sens réduit de la sécurité des personnes aimées
- Éviter le contact social
- Éviter le contact sur le plan du travail

(Source : U.S. Department of Veterans Affairs National Center for PTSD, 2007.)

Une autre description du traumatisme indirect (FHI, Consortium RHRC, et IRC, pas de date) réfère également *aux changements internes* des individus ayant subi un trauma transmis par personne interposée. Le trauma indirect est décrit comme étant ce qui suit :

« Un changement sur le plan interne de l'expérience du prestataire de service par suite de l'engagement empathique avec les survivants de trauma à force d'écouter leurs histoires. Des changements d'état sur le plan physique, émotionnel et/ou comportemental du prestataire de service par suite de l'exposition aux histoires et événements traumatiques. »

Les ressources suivantes identifient également les causes du trauma indirect et quelques méthodes de traitement :

Causes du trauma transmis par personne interposée

- Exposition aux histoires traumatiques
- Désir d'aider/de changer la situation de la victime
- Sentiment d'impuissance lorsqu'un prestataire de service ne voit pas de changements positifs dans les situations des victimes
- Sur-identification avec les victimes
- Le fait de croire fermement d'avoir le pouvoir de changer la situation de la victime

Traitement du trauma transmis par personne interposée

Voici quelques méthodes que des individus ont trouvées utiles pour assurer la prévention et la gestion du trauma transmis par personne interposée :

- La prise de conscience, i.e., être à l'écoute de ses propres besoins, limites, émotions et ressources ; pratiquer l'acceptation de soi
- L'équilibre, i.e., maintenir l'équilibre dans les activités, particulièrement dans le travail, le jeu et le repos

- Relations, i.e., maintenir les relations par rapport au soutien ; la communication fait partie des relations et rompt le silence concernant les douleurs non reconnues ; ces relations aident à prévenir l'isolement et accroît la validation et l'espoir.

Références

FHI, Reproductive Health Response in Crises (RHRC) Consortium, et International Rescue Committee (IRC). [Pas de date]. *Communication skills in working with survivors of gender-based violence: A five-day training of trainers workshop*. Tiré à partir de :

www.rhrc.org/resources/gbv/comm_manual/comm_manual.pdf.

The Headington Institute. [Pas de date]. Symptoms of trauma and burnout. Pasadena, CA. Tiré à partir de : www.headington-institute.org/Portals/32/resources/Signs%20of%20trauma%20versus%20burnout.pdf.

Inter Agency Standing Committee (IASC) and Global Protection Cluster on Gender-Based Violence. 2010. *Caring for survivors of gender based violence in emergencies*. Tiré à partir de : <http://oneresponse.info/GlobalClusters/Protection/GBV/Documents/4.%20General%20and%20Psychosocial%20Modules%20Facilitator%20Manual.doc>.

Pearlman, L. A., and Saakvitne, K. W. 1995. *Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. New York: Norton.

U.S. Department of Veterans Affairs National Center for Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). 2007. *Working with trauma survivors: What workers need to know*. Tiré à partir de : <http://www.ptsd.va.gov/professional/pages/working-with-trauma-survivors.asp>.

Document supplémentaire

Document supplémentaire 11-b

Symptômes du stress et du trauma

Le stress et le trauma dus à n'importe quelles causes peuvent affecter les individus de différentes façons. Le tableau suivant, élaboré par The Heddington Institute, fournit une liste de symptômes sur le plan physique, mental, émotionnel, spirituel, et des symptômes relatifs au comportement et associés au stress et au trauma. Le présent tableau comporte une ressource importante à consulter si vous êtes inquiets à votre sujet ou à celui d'un collègue qui pourrait souffrir de stress ou de trauma. .

Physique	Mental	Emotionnel	Spirituel	Comportemental
Perturbations du sommeil	Difficulté de concentration	Changements d'humeur	Sentiment d'inefficacité	Disposition à prendre des risques
Maux de tête	Confusion	Excès d'émotion	Perte de la signification	Hyperphagie ou sous-alimentation
Estomac dérangé	Pensée désorganisées	Irritabilité	Découragement	Vivacité d'esprit accrue
Fatigue	Etourderie	Hébétude sur le plan émotionnel	Perte d'espoir	Manque d'énergie et apathie
Incapacité de se reposer	Difficulté dans la prise de décisions	Colère	Perte du sens de la motivation	Agression
Changement par rapport à l'appétit	Rêves ou cauchemars	Dépression/tristesse	Doute	Retrait sur soi et isolement
Rythme cardiaque rapide	Pensées indiscretes	Anxiété/appréhension	En colère envers Dieu	Comportement compulsif
Respiration rapide			Perte du sens de la relation	Conflits répétés dans les relations
S'effrayer facilement			Culpabilité	Usage abusif du tabac et/ou de l'alcool et/ou substance donnant lieu à des abus
Tremblement des muscles			Cynisme	

(Source: The Heddington Institute, Pasadena, CA. Accessed at: www.headington-institute.org/Portals/32/resources/Signs%20and%20symptoms%20of%20stress.pdf)

Document supplémentaire

Document supplémentaire 11-c

Le stress professionnel

Analyser le stress lié à votre travail

1. Prendre un jour moyen. Faire une liste des tâches effectuées en moyenne et noter votre routine et vos tendances (i.e., ce que vous faites toujours en premier, est-ce que cela vous prend la même période de temps, qu'est-ce que vous faites ensuite ? etc.).
2. Une des démarches essentielles pour la gestion de votre stress professionnel est le fait de savoir d'où vient le stress. Alors, penser aux informations que vous aviez notées de deux manières :
 - Quelle est votre stratégie générale dans la façon dont vous organisez ou abordez votre travail ?
 - Qu'est-ce qui vous affaiblit réellement (par ex., est-ce que c'est un type de travail ou un moment dans la journée) ?
 - Vous arrive-t-il de redouter certaines tâches et les remettre à demain ?
 - Est-ce que vous vous sentez accablé par certaines tâches ?
 - Est-ce que vous avez envie de dormir chaque jour à la même heure ?
 - Est-ce que vous avez des problèmes pour démarrer le travail le matin, ou de reprendre le travail après le déjeuner ?
 - A quel moment perdez-vous systématiquement de temps (par ex., dans la façon dont vous lisez et répondez à vos mails ? Le fait de tergiverser à la fin de la journée avant de quitter le bureau...)?

Cocher les points ci-dessous que vous croyez être la source majeure du stress :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Surcharge de travail (beaucoup trop de choses à faire) | <input type="checkbox"/> Insécurité du travail |
| <input type="checkbox"/> Charge insuffisante de travail (trop peu de choses à faire) | <input type="checkbox"/> Salaire minable |
| <input type="checkbox"/> Beaucoup trop de responsabilités | <input type="checkbox"/> Trop de voyages |
| <input type="checkbox"/> Trop peu de responsabilités | <input type="checkbox"/> Chance limitée de promotion ou d'avancement |
| <input type="checkbox"/> Mécontentement concernant votre rôle et services courants | <input type="checkbox"/> Préjudice à cause de la race/le sexe/la religion |
| <input type="checkbox"/> Environnement de travail médiocre (danger, bruit, etc.) | <input type="checkbox"/> Problèmes avec le boss/la gestion |
| <input type="checkbox"/> Longues heures | <input type="checkbox"/> Problèmes avec la cliente |
| <input type="checkbox"/> Absence de réactions/reconnaisances positives | <input type="checkbox"/> Problèmes avec les collègues/le personnel |
| | <input type="checkbox"/> la politique au bureau |
| | <input type="checkbox"/> Un trajet quotidien exténuant |

3. Posez-vous la question à savoir dans quelle mesure vous pouvez éliminer ou réduire l'impact de ce stress ? Faites un brainstorming sur la façon dont vous allez vous y prendre. D'un point de vue réaliste, dans certains cas, vous n'allez pas être en mesure d'éliminer certaines sources de stress du travail. Vous pouvez toujours être en mesure de les modifier en quelque sorte, ou de changer votre niveau d'exposition. Concentrez-vous sur les choses que vous pouvez contrôler.

(Source : The Headington Institute, Pasadena, CA. Tiré à partir de : www.headington-institute.org/Default.aspx?tabid=1302)

Références

Achwal, I., Ruminjo, J., et Ngongo, C. 2008. Traumatic gynecologic fistula in reproductive health emergencies. Présentation à la Santé de la reproduction de RAISE au cours de la Conférence d'urgence tenue le 20 juin 2008 à Kampala en Ouganda.

Akullu, H. 2006. Voices from the field: Community research on the experiences of survivors and perpetrators of sexual violence. Présentation à la XVIII FIGO Congress of Gynaecology and Obstetrics. Kuala Lumpur, Malaisie, 5–10 novembre 2006.

American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. 1999. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: subject review. *Pediatrics* 103(1) : 186–191.

Bello, K. [Pas de date]. A selection of essays: Vesicovaginal fistula (VVF): Only to a woman accused. International Development Research Center. Tiré à partir de : www.idrc.ca/en/ev-28382-201-1-DO_TOPIC.html, 12 juillet 2006.

Bott, S., Guedes, A., Claramunt, M. C., et Guezman, A. 2010. *Improving the health sector response to gender-based violence: A resource manual for health care professionals in developing countries*. New York: International Planned Parenthood Federation/Western Hemisphere Region (IPPF/WHR), pp. 131–133.

CARE. 2002. *Moving from emergency response to comprehensive reproductive health programs: A modular training series*. Atlanta.

EngenderHealth. 2003. *Comprehensive counseling for reproductive health. An integrated approach. Trainer's manual*. New York. p. 82.

EngenderHealth/Bangladesh. 2005. Onsite curriculum for counseling women living with obstetric fistula. Unpublished curriculum. Dhaka.

EngenderHealth. 2008. *COPE for HIV counseling and testing: A toolbook to accompany the COPE Handbook*. New York.

EngenderHealth. 2009 (pending finalization). *Traumatic gynecologic fistula as a consequence of sexual violence in conflict settings: Updated literature review, 2008*. New York.

EngenderHealth. [Pas de date]. *Facts about obstetric fistula: The hidden heartbreak*. New York.

EngenderHealth et Averting Maternal Death and Disability (AMDD) Program. 2004. *Obstetric fistula: A needs assessment in Ghana and Rwanda: Expanding our knowledge*. Tiré à partir de : www.engenderhealth.org/files/pubs/maternal-health/ghana-rwanda-fistula-assessment.pdf/.

EngenderHealth et International Community of Women Living with AIDS. 2006. *Sexual and reproductive health for HIV-positive women and adolescent girls: Manual for trainers and programme managers*. New York et Londres.

EngenderHealth Society. 2006. *Adherence to treatment for HIV: A training curriculum for counselors. Participant manual*. New Delhi. pp. 75–76.

FHI, Reproductive Health Response in Crises (RHRC) Consortium, et International Rescue Committee (IRC). [Pas de date]. *Communication skills in working with survivors of gender-based violence: A five-day training of trainers workshop*. Tiré à partir de : www.rhrc.org/resources/gbv/comm_manual/comm_manual.pdf.

Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP). 2001. *A practical approach to gender-based violence: A programme guide for health care providers and managers*. New York.

FNUAP. 2005. *Module de formation des prestataires: volet psycho-social*. Pour l'initiative conjointe de prévention des violences sexuelles et de réponses aux droits et besoins des victimes/survivant(e)s. Kinshasa, DRC: FNUAP.

FNUAP. 2007. UNFPA frontlines: Notes from the field. *The Humanitarian Response Newsletter*, janvier. Tiré à partir de : www.unfpa.org/emergencies, 30 mai 2008.

FNUAP. [Pas de date.] Campaign to end fistula. Tiré à partir de : <http://www.endfistula.org>.

FNUAP et EngenderHealth. 2003. *Obstetric fistula needs assessment report: Findings from nine African countries*. New York.

Giama, A. 2008. La prise en charge de la fistule obstétricale dans les zones de conflit. Présentation à la Santé de la reproduction de RAISE au cours de la Conférence d'urgence tenue le 20 juin 2008 à Kampala en Ouganda.

Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR). 2005. *UNHCR, UNFPA fund surgery for refugee and local women in Chad*. Tiré à partir de : <http://reliefweb.int/rw/rwb.nsf/db900sid/HMYT-6AKPQ3?OpenDocument&query=fistula>, 2 juin 2008.

Headington Institute. [Pas de date]. *Understanding and coping with traumatic stress*. Pasadena, CA. Tiré à partir de : www.headington-institute.org/Default.aspx?tabid=1384.

Headington Institute. [Pas de date]. *Trauma and critical incident care for humanitarian workers*. Pasadena, CA. Tiré à partir de : www.headington-institute.org/Default.aspx?tabid=2072.

Headington Institute. [Pas de date]. Symptoms of trauma and burnout. Pasadena, CA. Tiré à partir de : [www.headington-institute.org/Portals/32/resources/ Signs%20of%20trauma%20versus%20burnout.pdf](http://www.headington-institute.org/Portals/32/resources/Signs%20of%20trauma%20versus%20burnout.pdf)

Hinrichsen, D. 2004. *Obstetric fistula: Ending the silence, easing the suffering*. INFO Reports, No. 2. Baltimore: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, The INFO Project. Tiré à partir de ; www.infoforhealth.org/inforeports/fistula/index.shtml, 12 juillet 2006.

Hôpital de traitement des fistules d'Addis Abeba, Projet ACQUIRE/EngenderHealth, Société éthiopienne des obstétriciens et gynécologues et Synergie des Femmes pour les Victimes des Violences Sexuelles. 2006. *Fistule gynécologique traumatique : une conséquence de la violence sexuelle dans des situations de conflit*. New York : Projet ACQUIRE/EngenderHealth.

Inter Agency Standing Committee (IASC) Sub-Working Group on Gender & Humanitarian Action. 2008. *GBV resource tool: Establishing GBV standard operating procedures*. Genève.

IASC et Global Protection Cluster on Gender-Based Violence. 2010. *Caring for survivors of gender based violence in emergencies*. Tiré à partir de : [http://onerresponse.info/GlobalClusters/ Protection/GBV/ Documents/4.%20General%20and%20Psychosocial%20Modules%20Facilitator%20Manual.doc](http://onerresponse.info/GlobalClusters/Protection/GBV/Documents/4.%20General%20and%20Psychosocial%20Modules%20Facilitator%20Manual.doc)

Kalume, J., et Ahuka, A. 2008. La prise en charge des fistules génitales de la femme end RDC : contexte, ampleur, et perspectives. Présentation à la Santé de la reproduction de RAISE au cours de la Conférence d'urgence tenue le 20 juin 2008 à Kampala en Ouganda.

Kalyango, R. 2009. Gender-based violence and traumatic fistula. Présentation à la Traumatic Fistula Counseling Workshop, 17 mars 2009, Kampala, Ouganda.

Kohli, N., et Miklos, J. R. [Pas de date.] Managing vesico-vaginal fistula. Women's Health and Education Center. Tiré à partir de : <http://womenshealtheducation.net/content/urogvvf/urogvvf002.php3>, 12 juillet 2006.

Longombe, A. O., Kasereka, M. C., et Ruminjo, J. 2008. Fistula and traumatic genital injury from sexual violence in a conflict setting in Eastern Congo: Case studies. *Reproductive Health Matters* 16(3) : 132–141.

Mabeya, H. M. 2004. Characteristics of women admitted with obstetric fistula in the rural hospitals in West Pokot, Kenya. Geneva Foundation for Medical Education and Research. Tiré à partir de : [www.gfmer.ch/Medical_education_En/PGC_RH_2004/ Obstetric_fistula_Kenya.htm](http://www.gfmer.ch/Medical_education_En/PGC_RH_2004/Obstetric_fistula_Kenya.htm), 12 juillet 2006.

MacGregor, S. 2008. Burnout: Why do people suffer, and why do international relief workers suffer more than domestic response workers and first responders? Tiré à partir de : [http://www.peopleinaid.org/pool/ files/publications/burnout,-susan-macgregor-april-2008.pdf](http://www.peopleinaid.org/pool/files/publications/burnout,-susan-macgregor-april-2008.pdf).

Mahendeka, M. 2004. The management of vesico -and/or recto-vaginal fistulae at Bugando Medical Centre, Mwanza, Tanzania, East Africa: A retrospective study. Geneva Foundation for Medical Education and Research. Tiré à partir de : www.gfmer.ch/Medical_education_En/PGC_RH_2004/mahendeka_review.htm, 12 juillet 2006.

Manga Okenge, P. 2008. Les fistules traumatiques non accidentelles et non chirurgicales dues à la violence sexuelle en RD Congo. Présentation à la Santé de la reproduction de RAISE au cours de la Conférence d'urgence tenue le 20 juin 2008 à Kampala en Ouganda.

Mugerwa, K. Y. 2009. Quality improvement aspects of traumatic fistula management and counseling. Présentation à la Traumatic Fistula Counseling Workshop, Kampala, Ouganda, 17–18 mars 2009.

Mulbah, J. 2006. *Situation analysis of obstetric fistulae in Liberia*. Monrovia, Liberia: Liberia Ministry of Health and Social Welfare et le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP).

Mulbah, J. 2008. Fistula: A symptom of women's vulnerability in conflict and post-conflict settings. Présentation à la Santé de la reproduction de RAISE au cours de la Conférence d'urgence tenue le 20 juin 2008 à Kampala en Ouganda.

Mungherera, M. 2009. Psychosocial aspects of traumatic fistula care. Présentation à la Traumatic Fistula Counseling Workshop, Kampala, Ouganda, 17–18 mars 2009.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). 1995. Information and counseling for the patient. In *Complications of abortion: Technical and managerial guidelines for prevention and treatment*. Genève.

OMS. 2002. *World report on violence and health*. Chapter 6, p. 149. Genève. Tiré à partir de : www.who.int/violence_injury_prevention/violence/global_campaign/en/chap6.pdf.

OMS. 2003. *Guidelines for the management of sexually transmitted infections, revised version*. Genève (WHO/RHR/01.10).

OMS. 2005. *WHO clinical management of rape survivors*. Genève.

OMS. 2005. *Sexually transmitted and other reproductive tract infections: A guide to essential practice*. Genève. Tiré à partir de : https://www.who.int/reproductive-health/publications/rtis_gep/index.htm.

OMS. 2006. *Obstetric fistula: Guiding principles for clinical management and programme development*. Genève.

OMS. 2007. *Post-exposure prophylaxis to prevent HIV infection: Joint WHO/ILO guidelines on post-exposure prophylaxis (PEP)*. Genève. Tiré à partir de : http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596374_eng.pdf/.

OMS et le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA. 2007 (ONUSIDA). 2007. *Guidance on provider-initiated HIV testing and counseling in health facilities*. Genève.

OMS et UNHCR. 2004. *Clinical management of rape survivors: Developing protocols for use with refugees and internally displaced persons—Revised ed.* Genève. Tiré à partir de : https://www.who.int/reproductive-health/publications/clinical_mngt_rapesurvivors/clinical_mngt_rapesurvivors.pdf.

- Onsrud, M., Sjøveian, S., Luhiriri, R., et Mukwege, D. 2008. Sexual violence-related fistulas in the Democratic Republic of Congo. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 103(3) : 265–269.
- Peterman, A., et Johnson, K. 2009. Incontinence and trauma: Sexual violence, female genital cutting and proxy measures of gynecological fistula. *Social Science and Medicine* 68(5) : 971–979.
- Pickup, F., Williams, S., et Sweetman, C. 2001. Direct support to the survivors of violence. En: *Ending violence against women: A challenge for development and humanitarian work*. Oxford, UK: Oxfam GB.
- Pinel, A., et Kemunto Bosire, L. 2007. Traumatic fistula: The case for reparations. *Forced Migration Review* (27) : 18–19.
- Le projet ACQUIRE. 2008. *Engaging men and boys in reproductive health in conflict and emergency settings*. New York: EngenderHealth.
- Le projet ACQUIRE et EngenderHealth. 2005. *Report of fistula counseling experts' meeting: March 29 & 30, 2005, Kampala, Uganda*. New York.
- Reproductive Health Response in Conflict (RHRC) Consortium. 2004. *Emergency contraception for conflict-affected settings: A reproductive health response in conflict consortium distance learning module*. New York.
- Riley, V. J. 2006. Vesicovaginal fistula. *E-Medicine*. Tiré à partir de : www.emedicine.com/med/topic3321.htm, 12 juillet 2006.
- U.S. Department of Veterans Affairs National Center for Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). 2007. *Working with trauma survivors: What workers need to know*. Tiré à partir de : www.ptsd.va.gov/professional/pages/working-with-trauma-survivors.asp.
- Vann, B. 2002. *Gender-based violence: Emerging issues in programs serving displaced populations*. Arlington, VA.: JSI Research & Training Institute, pour RHRC Consortium. Tiré à partir de : www.rhrc.org/resources/gbv/EI_Intro.pdf.
- Vann, B. 2004. *Interagency and multisectoral prevention and response to gender-based violence in populations affected by armed conflict*. Arlington, VA: JSI Research & Training Institute.
- Vasavada, S. 2006. Vesicovaginal and ureterovaginal fistula. *E-Medicine*. Tiré à partir de : www.emedicine.com/Med/topic3092.htm, 12 juillet 2006.
- Wall, L. L. 1998. Dead mothers and injured wives: The social context of maternal morbidity and mortality among the Hausa of northern Nigeria. *Studies in Family Planning* 29(4) : 341–359.



EngenderHealth
for a better life

Fistula Care à EngenderHealth
440 Ninth Avenue, 13th Floor
New York, NY 10001, U.S.A.
Téléphone : 212-561-8000
Fax : 212-561-8067
E-mail : fistulacare@engenderhealth.org
www.fistulacare.org

ISBN 978-1-937410-03-2