



USAID
DU PEUPLE AMERICAIN



**Séries d'études du Projet RESPOND:
Contributions à la connaissance globale**

Rapport N° 4

**Evaluation de Base du niveau de
Préparation des Centres de Santé pour
Répondre à la Violence basée sur le
Genre en Guinée**

Ashley Jackson, Projet RESPOND / EngenderHealth

Dr. Camara Havanatou, Consultant

Dr. Camara Moussa Kantara, Consultante

Janvier 2012

**Série d'études du Projet RESPOND :
Contributions à la connaissance globale**

Rapport N° 4

**Evaluation de Base du niveau de
Préparation des Centres de Santé pour
Répondre à la Violence basée sur le
Genre en Guinée**

**Ashley Jackson, Projet RESPOND / EngenderHealth
Dr. Camara Havanatou, Consultant
Dr. Camara Moussa Kantara, Consultante**

Janvier 2012



USAID
DU PEUPLE AMERICAIN



©2012 EngenderHealth (Le Projet RESPOND)

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

Cette publication a été possible grâce au généreux soutien du peuple américain par l'intermédiaire de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), selon les termes de l'accord de coopération GPO-A-000-08-00007-00. Les opinions exprimées dans le présent document sont celles de l'éditeur et ne reflètent pas nécessairement les vues de l'USAID ou le gouvernement des États-Unis.

Ce(tte) œuvre est mise à disposition selon les termes de la Licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Partage dans les Mêmes Conditions 3.0 non transposé. Pour voir une copie de cette licence, visitez <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/>.

Imprimé aux États Unis d'Amérique sur du papier recyclé.

Citation suggérée : Jackson, A., Camara, H., and Camara, M. K. 2012. Evaluation de base de l'état de préparations des centres de santé pour répondre à la violence basée sur le genre en Guinée. *Les séries d'études du projet RESPOND: Contributions à la connaissance globale—Rapport N° 4*. New York : EngenderHealth / Le Projet RESPOND.

Contenu

Remerciements	v
Résumé	vii
Introduction	1
Informations générales	1
Passage en Revue de la Série d'Interventions	2
Méthodologie	3
Objectif de l'Etude	3
Méthodes	3
Résultats, Discussion et Recommandations	5
Informations sur le Prestataire de Soins	5
Formation pour Répondre à la Violence Sexuelle	6
Compréhension de la VBG par les Prestataires	8
Connaissances des Lois par les Prestataires	8
Attitudes des Prestataires	9
Procédures Opérationnelles Standard	10
Confidentialité	11
Services Offerts	12
Références	14
Produits, Equipements et Fournitures	15
Conclusion	17

Remerciements

Le Projet RESPOND remercie la Mission de l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID) en Guinée de son généreux soutien du projet RESPOND/Guinée, y compris de l'évaluation de base du niveau de préparation des structures de santé pour répondre à la violence basée sur le genre. RESPOND remercie également le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique et le Ministère des Affaires Sociales, de la Promotion Féminine et de l'Enfance, ainsi que les directeurs de centres et les prestataires de services qui ont participé à cette évaluation.

L'évaluation a été menée par Dr. Camara Moussa Kantara de l'Hôpital National Donka et Dr Havanatou Camara du Centre Médical Minière, à Conakry en Guinée. Ashley Jackson était chargée de l'édition de ce rapport, réalisée avec l'aide de plusieurs experts d'Engenderhealth : Moustapha Diallo, Joseph Ruminjo, Hannah Searing, Fabio Verani, et Nancy Yinger. Le rapport a été édité pour impression par Michael Klitsch et mis en page par Elkin Konuk.

Résumé

La violence basée sur le genre (VBG), soit la violence physique ou psychologique entre personnes résultant de rôles normatifs basés sur le genre et de relations de pouvoir inégales entre les deux sexes, est un problème prévalent de par le monde. La Violence Sexuelle (VS), une des composantes de la VBG, est associée à d'importants risques pour la santé de la reproduction, y compris les grossesses non désirées, la transmission du VIH et autres maladies sexuellement transmissibles (MST). Les résultats d'un sondage national effectué en Guinée en 2009 ont montré que, selon la région géographique, entre 13 et 52 pour cent des femmes âgées de 15 à 64 ans avaient été violées depuis l'âge de 15 ans.¹ Néanmoins, les Guinéens et les observateurs internationaux ont tous deux été choqués de la brutalité des viols perpétrés le 28 septembre 2009, suite à une manifestation politique dans un stade de Conakry. De nombreux prestataires de services et organisations ont noté que les événements de septembre 2009 soulignaient le besoin urgent de services supplémentaires et de meilleure qualité pour prévenir et répondre à la VBG dans tout le pays.

Étant donnée la prévalence de la VBG en Guinée et l'inadéquation de la réponse actuelle à la VBG, la Mission de USAID / Guinée a fourni \$ 825 000 au projet RESPOND avec pour objectif de fournir du soutien et des services aux survivantes de la VS durant la violence politique du 28 septembre et pour appliquer une stratégie globale de réponse plus complète à la VBG dans trois régions de Guinée (Conakry, Kissidougou et Labé). Ce projet réalisé en partenariat avec le Ministère des Affaires Sociales, de la Promotion Féminine et de l'Enfance et le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique a commencé en janvier 2011 et est appliqué en collaboration avec deux partenaires locaux non-gouvernementaux = la Coalition Nationale de Guinée pour les Droits et la Citoyenneté des Femmes (CONAG-DCF) et l'Association Guinéenne des Assistantes Sociales (AGUIAS).

Le projet se focalise sur trois objectifs :

1. Fournir des soins médicaux et des services psychologiques continus ainsi qu'un soutien régulier à la réintégration sociale et économique des survivantes de la VBG du 28 septembre
2. Renforcer la capacité des partenaires locaux à appliquer des méthodes de prévention efficaces contre la VBG
3. Améliorer la réponse du secteur de santé à la VS.

Pour atteindre ce dernier objectif, RESPOND mènera une série de formations en VS pour les prestataires de soins de santé et d'autres membres du personnel des centres de santé. Le curriculum de formation couvrira les services médicaux et psychologiques pour les survivantes de la VS, ainsi que la gestion éthique des données des clients. Le curriculum de formation sera modifié en fonction des résultats de l'évaluation de base, qui a permis d'apprécier le niveau de préparation de 21 centres de santé pour répondre à la VS en termes de services, équipements, fournitures, procédures opérationnelles standard (POS) et de connaissances, attitudes et qualifications des prestataires de services.

¹ Ministère des Affaires Sociales, de la Promotion Féminine et de l'Enfance. 2009. *Enquête nationale sur les violences basées sur le genre : La violence à l'égard des femmes et des hommes*. Conakry, République de Guinée.

L'équipe d'évaluation a mené des entretiens avec 21 directeurs de centres et 120 prestataires de services de santé à Conakry, Kissidougou et Labé. Les prestataires interviewés étaient choisis sur recommandation des directeurs de centres sur la base de la forte probabilité qu'ils aient traité des survivantes de la VS. Ceux-ci incluaient des médecins, des infirmiers, des sages-femmes et des agents techniques de santé. Les trois-quarts (74 %) des prestataires étaient des femmes.

Moins d'un tiers (28 %) des prestataires interviewés avaient reçu une formation en VBG et la plupart des ces formations étaient moins complètes que le curriculum adapté par RESPOND. Bien que la moitié des prestataires interviewés (51 %) aient affirmé qu'ils connaissaient la signification du terme 'violence basée sur le genre', ils en ont proposé une série de définitions différentes. Après avoir entendu une définition de la VBG, 48 % des prestataires ne pouvaient citer aucune loi y afférente. La plupart des prestataires ont déclaré offrir leur soutien aux survivantes de la VBG, affirmant par exemple que personne ne mérite d'être victime de VBG.

Les POS et/ou les protocoles pour répondre à la VS ne sont ni systématiquement disponibles ni utilisés dans tous les centres de santé. Actuellement, la plupart des centres n'ont pas pris mesures importantes pour protéger la confidentialité des survivantes de VS, comme le fait de garder leurs fiches d'information dans des classeurs fermés à clef ou d'obtenir le consentement informé de la victime avant de partager les données la concernant avec les prestataires des sites de référence. Lorsqu'ils dressent la liste des étapes pour les soins à apporter aux survivantes de viol, les prestataires omettent en général de nombreuses étapes importantes, comme l'administration d'un test de grossesse à la survivante. Il semble être relativement rare que les prestataires prennent des mesures préventives pour répondre à la VS telles qu'évaluer la sécurité du client et le risque de suicide. De plus, le système de référence pour les services non-médicaux, tels que l'aide légale et les services sociaux, semble être très faible.

La plupart des centres manquent des produits, équipements et fournitures essentiels pour répondre à la VBS de façon efficace. Par exemple, moins de la moitié des centres offrent une prophylaxie post-exposition (PPE) contre le VIH. Pr ailleurs, durant les trois mois précédents le sondage, seulement 29 % des centres avaient un stock permanent de PPE, et seulement 18 % d'entre eux disposaient de stocks de contraceptifs d'urgence (CU). De plus, les prestataires et les directeurs de centre ont déclaré manquer d'outils de gestion tels que des registres, des fiches de référence et des fiches médico-légales.

Les recommandations clé pour le développement d'un programme de formation en VS pour les prestataires de service incluent :

- Sélection des participants et formateurs
 - Inclure dans la formation les quatre groupes de prestataires de soins de santé (médecins, infirmiers, sages-femmes et agents techniques de santé).
 - Inviter les prestataires à participer à la formation en VS même s'ils en ont déjà reçu une
 - Former et aider les prestataires à offrir un stage d'orientation en VS aux autres membres du personnel de leurs centres.
 - Identifier les quelques prestataires qui ont récemment participé à une formation complète en VS et déterminer leur niveau de connaissances et de qualifications ; le cas échéant, leur demander de servir de formateurs assistants.

- Connaissances et qualifications en VS
 - Au début de la formation, clarifier la définition de la VBG, y compris les définitions spécifiques des divers types de VBG (physique, psychologique et sexuelle). Il peut être utile de demander aux prestataires d'identifier les actes de VBG dans des cas d'exemples fictifs.
 - Couvrir les lois liées à la VBG, y compris les définitions légales du viol et d'autres actes de VBG, répondre aux exigences légales telles que l'obligation pour les prestataires de faire un rapport et discuter des lois qui traitent spécifiquement de la VBG impliquant les mineurs.
 - Si possible, former les prestataires pour réaliser des examens médico-légaux et remplir les certificats médico-légaux.
 - Former les prestataires pour identifier et traiter les conséquences de la VS parmi les survivantes.
 - Disséminer le protocole du Ministère de la Santé pour la réponse à la VS aux centres qui n'en ont pas de copie.
 - Durant la formation, inviter les prestataires à utiliser un tableau pour concevoir des PPE en VS avec les directeurs de leurs centres.
 - Préparer des kits d'aide au travail pour la réponse à la VS et les inclure dans les documents de formation.
 - S'assurer que les prestataires comprennent les étapes spécifiques pour répondre à la VS et apprennent comment utiliser leurs kits d'aide au travail pour suivre ces étapes et tester les prestataires pour vérifier qu'ils ont bien compris ces étapes par le biais de jeux de rôles.
 - Retourner au centre de santé 3 à 6 mois après la formation pour répéter des exercices de jeux de rôles et offrir une formation de révision aux prestataires concernant les étapes apprises.
- Attitudes envers la VS
 - Engager les prestataires de services à participer à des discussions concernant les attitudes envers la VS, en particulier les zones d'ombre où les attitudes des prestataires peuvent diverger.
 - Engager les prestataires à participer à une discussion concernant la façon dont la VS peut affecter la santé ainsi que le traitement des survivantes.
 - Engager les prestataires à participer à une discussion sur la façon de répondre, en montrant par exemple compassion et soutien, quand un client révèle qu'il ou elle a été victime de VS.
- Confidentialité et consentement
 - Souligner dans la formation les étapes spécifiques que les prestataires doivent suivre pour protéger la confidentialité des survivantes de VS.
 - Encourager les prestataires à rapporter ce qu'ils ont appris aux directeurs de leurs centres et à servir de catalyseur pour un changement au niveau du centre des pratiques concernant la confidentialité et le consentement.
 - Former les prestataires pour qu'ils puissent offrir aux autres membres du personnel de leur centre une demi-journée de formation en cascade focalisée sur la confidentialité.
- Références
 - Former les prestataires pour qu'ils puissent fournir des informations sur les droits des clients et des services offerts, et mener une planification de la sécurité avec les survivantes par le biais de jeux de rôles.
 - Discuter de l'importance de traiter les clients en tenant compte de tous les aspects de leur vie y compris leur personnalité et de répondre à une large gamme de besoins.

- Concevoir une liste de services disponibles pour les survivantes de la VS dans chacune des trois régions, et partager cette liste avec les prestataires durant la formation.
- Produits, équipements et fournitures
 - Inclure dans le curriculum des exemples de registres, de fiches de référence et de consentement et autres documents que les prestataires peuvent photocopier et utiliser dans leurs centres.
 - Tenir compte de l'importance de gérer les niveaux de stock des produits tels que les PPE et CU et placer des commandes en temps requis.
 - Retourner au centre de santé 3 ou 6 mois après la formation pour un tour guidé et discuter avec le directeur du centre et le prestataire qui a reçu la formation des moyens d'améliorer la structure physique du centre et ses produits, équipements et fournitures.

Les recommandations pour le Ministère de la Santé et les organisations partenaires incluent :

- Augmenter l'échelle de la formation en VS par le biais de formations continues pour les travailleurs en poste dans les autres régions de Guinée et/ou une formation avant la prise de fonction.
- S'assurer que le protocole du Ministère de la Santé pour répondre à la VS est disponible dans chaque structure de santé (centre de santé, CMC, hôpital).
- Concevoir et distribuer des kits simples d'aide au travail (tels qu'un tableau des réponses et une liste des services disponibles pour les survivantes de VS) afin de répondre à la VS.
- Disséminer des registres, des fiches de référence et de consentement et autres outils pour aider les prestataires à gérer les cas de VS.
- Investir dans l'infrastructure et l'équipement, comme des salles d'examen privées et des classeurs qu'on peut fermer à clef pour améliorer la réponse à la VS.
- Augmenter les efforts pour garantir la chaîne d'approvisionnement des produits de CU et PPE.
- Investir dans les efforts de prévention de la VBG au niveau de la structure de santé, de la communauté et de la région.
- Instituer et appliquer des politiques de gestion du harcèlement sexuel et des attaques sexuelles dans les services de santé.

Introduction

Informations générales

Les Guinéens et observateurs internationaux sont tous choqués des viols extrêmement violents perpétrés le 28 septembre 2009 à la suite d'une manifestation politique à Conakry. Human Rights Watch a estimé qu'au moins 109 femmes et filles ont été violées ce jour-là. Avec le soutien du Fonds des Nations-Unies pour la Population (FNUAP) et de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), des organisations non-gouvernementales locales (ONG) ont rapidement identifié autant que possible des survivantes de la violence sexuelle (VS) et ont fourni un soutien temporaire, par le biais de la distribution de riz et d'argent liquide et la référence des victimes vers des services médicaux et psychosociaux. Environ 50 femmes et filles ont reçu une telle aide, mais on estime que bien plus victimes n'en ont reçu aucune, car la stigmatisation associée au viol est telle qu'elle les a empêchées de s'identifier comme survivantes de VS.

Comme dans de nombreux pays d'Afrique, les systèmes de santé et les services psychosociaux et de protection en Guinée sont à la limite de leurs capacités. Quand les systèmes pour répondre au viol et d'autres formes de violence basée sur le genre existent, les survivantes font face à des obstacles, y compris le coût, le système de référence qui n'est pas complètement coordonné et des limitations dans la qualité des services fournis. De nombreuses organisations et prestataires de services ont noté que les événements du 28 septembre soulignent le besoin urgent, dans tout le pays, de plus de services de VBG et de meilleure qualité. D'après les résultats d'un sondage national mené en 2009 en Guinée, la proportion de femmes âgées de 15 à 64 ans ayant été violées depuis l'âge de 15 ans oscille entre 13 et 52 % selon la région.² Etant donné la forte prévalence de la VBG en Guinée et l'inadéquation de la réponse actuelle à la VBG, la Mission de l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID) a identifié le besoin d'améliorer la prévention de la VBG et les efforts de réponse dans divers secteurs clés.

En octobre 2009, USAID/Guinée a fourni au Projet RESPOND environ \$825 000 en fonds de soutien pour engager sur le terrain un partenariat avec le Ministère des Affaires Sociales et de la Promotion Féminine et de l'Enfance et le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique durant une période de 12 mois. Ce fonds est alloué pour fournir du soutien et des services aux survivantes de VBG durant la journée de violence politique du 28 septembre ainsi que pour appliquer une stratégie plus large de réponse complète à la VBG dans trois régions de la Guinée (Conakry, Kissidougou et Labé). Le travail du Projet a commencé en janvier 2011 et a été mené en collaboration avec deux ONG locales : la Coalition Nationale de Guinée pour les Droits et la Citoyenneté des Femmes (CONAG-DCF), et l'Association Guinéenne des Assistantes Sociales (AGUIAS).

Les activités du projet se focalisent sur trois objectifs :

1. Fournir des soins médicaux continus, des services psychosociaux et un soutien pour la réintégration sociale et économique des survivantes de VBG lors des événements du 28 septembre
2. Renforcer la capacité des partenaires locaux à appliquer des méthodes efficaces de prévention de VBG.
3. Améliorer la réponse du secteur de la santé à la VS.

² Ministère des Affaires Sociales, de la Promotion Féminine et de l'Enfance. 2009. *Enquête nationale sur les violences basées sur le genre : La violence à l'égard des femmes et des hommes*. Conakry, République de Guinée.

Passage en revue de la série d'interventions

Au début du projet, RESPOND avait formé un comité de pilotage multisectoriel des parties prenantes composé de Ministères clés et d'ONG pour gérer les activités du projet. Le comité de direction inclut des représentants du Ministère des Affaires Sociales, de la Promotion Féminine et de l'Enfance, de la Division de la Santé de la Reproduction du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, du Ministère de la Sécurité et de la Protection civile, du FNUAP, de Plan Guinée, et de deux ONG, AGUIAS et CONAG-DCF. RESPOND avait travaillé avec le comité de pilotage pour identifier une série d'interventions à réaliser dans les trois zones, en s'inspirant du modèle de programmation SEED d'Engenderhealth (Offre- Environnement favorable-Demande). **L'offre**, pour augmenter l'accès aux services de qualité qui soient acceptables pour les clients et les communautés desservis ; **l'environnement favorable**, pour améliorer les politiques et les normes sociales et le genre ; et **la demande** pour aider les individus, les familles et les communautés à accroître leurs connaissances et leurs capacités à prévenir la VBG et à demander des soins, le cas échéant.

La série d'interventions inclut :

- Soins immédiats pour les survivantes de VBG du 28 septembre :
 - Evaluation, référence et suivi médical et psychosocial
 - Services et soutien pour la réintégration sociale et économique
- Formation et aide technique continue et soutien pour les comités de niveau communautaire pour mener des actions de prévention contre la VBG
- Evaluation de base de 21 centres de santé, y compris des recommandations pour des actions spécifiques requises pour améliorer les services médicaux et psychosociaux pour les survivantes de VS et s'assurer de la gestion éthique des données des clientes
- Formation des prestataires de soins de santé, suivi et soutien après la formation sur les sites de référence
- Suivi et Documentation des résultats.

Méthodologie

Objectifs de l'Etude

L'évaluation de base a été menée pour évaluer le niveau de préparation des centres de santé pour répondre à la VS en termes de services, d'équipements, de fournitures, de POS ainsi que les connaissances, attitudes et qualifications des prestataires. Les résultats permettront le développement d'un curriculum que RESPOND utilisera pour former des prestataires en soins de santé à la prévention de la VS et la réponse à celle-ci.

Méthodes

En juin 2011, une équipe de chercheurs a mené des entretiens avec des directeurs de centres et des prestataires de soins de santé dans 21 centres de santé de trois régions administratives de la Guinée. Huit des centres sont à Conakry, six à Kissidougou et sept à Labé :

- *Conakry*: Hôpitaux Nationaux de Ignace Deen et de Donka, Hôpital Jean Paul II et centres médico-communaux de Ratoma, de Minière, de Yimbayah, de Coléah et de Matam
- *Kissidougou*: Hôpital de District et ses cinq centres de santé urbains satellites
- *Labé*: Hôpital Régional et ses six centres satellites de santé urbains

Les centres ont été choisis sur la base de la taille de leurs populations desservies ; les plus grands centres de chaque région sont inclus dans l'échantillon.

Dans chaque centre, les chercheurs ont mené un entretien structuré avec le directeur du centre. Les chercheurs ont ensuite demandé au directeur du centre d'identifier les prestataires de leur centre qui ont le plus de chance de traiter des survivantes de VS. Ces prestataires ont été conviés à participer à des entretiens individuels structurés. En tout, 120 prestataires ont été interviewés. Avant chaque entretien, les chercheurs ont obtenu le consentement éclairé du participant.

Les chercheurs ont utilisé EPiInfo et Excel pour analyser les données.

Résultats, Discussion et Recommandations

Informations générales sur les prestataires

Résultats

Les 21 centres allaient d'un hôpital avec 190 médecins pour une population de desserte de plus d'un million d'individus à un centre de santé sans médecin desservant moins de 5000 personnes. Dans l'ensemble, le groupe de prestataires de santé était composé en moyenne d'agents techniques de santé (36 %), de médecins (30 %), d'infirmiers (26 %) et de sages-femmes (8%) (Tableau 1). La distribution des prestataires par groupe diffère quelque peu pour les personnes interviewées comparé à la distribution générale dans les centres de santé, car les personnes interviewées ont été choisies sur la base de leur probabilité de traiter des survivantes de la VS. La plupart des personnes interviewées étaient des agents techniques de santé ou de médecins, ce qui correspondait à la distribution dans les centres de santé. Contrairement à la distribution dans les centres, toutefois, les sages-femmes étaient moins représentées que les infirmières dans l'échantillon interviewé.

La distribution par sexe des prestataires variait fortement selon les groupes. Seulement 24 % des médecins étaient des femmes comparés à 80 % chez les infirmiers, 98 % chez les agents techniques de santé et 100 % des sages-femmes (Tableau 1). Les deux techniciens de laboratoire interviewés étaient aussi des femmes. Dans l'ensemble, 74 % des prestataires interviewés étaient des femmes.

La majorité des centres dans l'échantillon n'avaient aucun spécialiste médical. Parmi les 21 centres, il y avait 24 gynécologues, dont la moitié dans un seul hôpital. Seuls deux centres avaient des chirurgiens et un seul avait un urologue. Les chirurgiens et les urologues sont nécessaires pour traiter certaines séquelles de la VS, telles que les fistules.

Tableau 1. Prestataires dans les centres et interviews par groupe et par sexe

Groupe de prestataire	Total no. (et %) dans les centres	No. (et %) interviewés	% femmes parmi les personnes interviewées
Docteur	405 (30 %)	37 (31 %)	24 %
Infirmier	357 (26 %)	10 (8 %)	80 %
Sage-femme	116 (8 %)	28 (23 %)	100 %
Technicien de santé	490 (36 %)	43 (36 %)	98 %
Technicien de labo	n/a	2 (2 %)	100 %
Total	1,368	120	74%

Des 120 prestataires interviewés, 74 (62 %) ont affirmé que leur centre fournit aux survivantes de VS l'option d'avoir un prestataire féminin.

Discussion

La distribution du groupe de prestataires a des implications pour la conception du programme de formation en VS. Si le curriculum ciblait des médecins ou des spécialistes médicaux, il n'atteindrait que des centres de référence de haut niveau. Pour que les 21 centres tirent parti de la formation d'au moins un prestataire, le curriculum devrait être conçu tout autant pour des médecins, des infirmiers et des sages-femmes que pour des agents techniques de santé.

Le sexe des prestataires est pertinent parce que selon certains témoignages non confirmés, des survivantes de VS en Guinée ont fait l'expérience de VS secondaire par les prestataires de soins dans des centres de santé. Dans certains cas, par exemple, les prestataires ont indiqué avoir fait subir aux survivantes de VS des examens non nécessaires et inappropriés. Dans le cadre du travail de RESPOND avec les survivantes de VS, le projet a observé une préférence pour les survivantes de soins fournies par des prestataires femmes.

RESPOND pourrait former des agents de plaidoyer ou prestataires femmes en VS pour mener des planifications de conseils et de sécurité avant que les survivantes de la SV ne soient reçues par les prestataires. S'ils ont le temps et si c'est approprié, les agents plaidoyer ou prestataires femmes pourraient proposer d'accompagner les survivantes de VS durant toute la durée de la visite au centre de santé afin que la cliente ne soit pas seule avec un prestataire de services masculin.

Recommandations

- Concevoir le curriculum de VS pour renforcer les connaissances générales escomptées dans les quatre groupes de prestataires de soins de santé (médecins, infirmiers, sages-femmes et agents techniques de santé)
- Former et soutenir les prestataires pour offrir une orientation en VS à d'autres membres du personnel dans leurs centres. L'orientation devrait inclure la définition, les causes et les conséquences de la VS, la protection de la confidentialité, la sécurité et la dignité des survivantes de VS.
- Dans le curriculum, expliquer l'importance d'offrir aux survivantes de la VS l'option d'être reçues par un prestataire féminin, si possible.
- Faire pression pour instituer et appliquer les politiques relatives au harcèlement sexuel.
- Envisager de créer des protocoles pour s'assurer que les survivantes ont l'option de se faire accompagner par un agent de plaidoyer ou un prestataire de soins féminin spécialisé en VS durant leur visite au centre de santé si ils / elles sont reçus par un homme.

Formation en Réponse à la VS

Résultats

Sept des 21 directeurs de centre ont indiqué que leur centre a déjà un programme répondant à la VS. Selon les directeurs, presque la moitié (10) des centres avaient au moins un prestataire qui avait reçu une formation spécifique pour répondre à la VS. Un total de 39 prestataires de soins – 3 % des prestataires dans les 21 centres – ont reçu une formation en VS durant les trois dernières années, sur la base du rapport des directeurs de centres.

Seuls 34 (28 %) des 120 prestataires de services interviewés – ceux exerçant dans les centres qui ont le plus de chance de traiter les survivantes de VS – ont affirmé avoir reçu une formation en VS. La plupart des personnes interviewées ayant reçu une formation en VS avaient assisté à un seul stage de formation, alors que quelques-uns ont assisté à deux ou plusieurs stages. La moitié des personnes ayant reçu une formation en VS ont été formées par d'autres ONG et les autres par le Ministère de la Santé. La majorité (56 %) de ceux ayant reçu une formation l'avaient faite durant l'année précédente (2010 – 2011), probablement en réponse à la violence de septembre 2009. D'autres ont reçu une formation datant de plus longtemps, jusqu'en 1986. La durée la plus commune de formation était de 4 jours. Le tableau 2 indique les sujets couverts durant les formations précédentes en VS, en allant des sujets les plus communs aux moins communs, selon les indications des 34 prestataires participants.

Tableau 2. Parmi les prestataires ayant reçu une formation en SV, nombre et % de ceux qui ont indiqué avoir reçu une formation dans divers sujets

Sujets couverts lors de formation précédente en VS	No. (et %) de prestataires formés (n=34)
Confidentialité	33 (97 %)
Fourniture de soutien psychosocial / de conseils aux survivants	30 (88 %)
Conséquences de la VBG	30 (88 %)
Définition de la VBG	29 (85 %)
Causes de la VBG	29 (85 %)
Gestion clinique du viol	29 (85 %)
Consentement	28 (82 %)
Standards internationaux de soins pour les survivants à la VS	25 (74 %)
Collecte et documentation des preuves cliniques de viol	24 (71 %)
POS pour les soins aux survivants de VS	22 (65 %)
Considérations spéciales quand les survivants sont des enfants/des mineurs	20 (59 %)
Exigences légales pour les prestataires	18 (53 %)
Autres	12 (35 %)

D'autres thèmes couverts durant la formation incluent l'éducation des adolescents concernant les VBG, la mutilation génitale féminine (MGF), les mesures pour empêcher la VBG, les bureaux régionaux, les certificats médicaux, la santé de la reproduction, et le Plan Opérationnel National pour la VS.

Discussion

La plupart des prestataires n'avaient reçu aucune formation préalable en VS – y compris parmi ceux qui ont été interviewés après avoir été identifiés par les directeurs de centres comme ayant la plus forte probabilité de traiter des survivantes de VS. Sur la base des souvenirs des prestataires qui ont reçu une formation en VS, il semble que la plupart des formations précédentes n'étaient pas complètes. Donc, même les prestataires qui ont reçu une formation en VS par le passé pourraient tirer profit d'une formation complète en VS. Quelques-uns des prestataires interviewés ont assisté à des stages de formation en VS couvrant la plupart des sujets clés. Si le niveau de connaissances et de qualifications est assez élevé, ces prestataires pourraient être conviés à servir de formateurs adjoints, pour renforcer ce qu'ils ont déjà appris ou améliorer le programme de formation en VS. De plus, les directeurs de centre qui ont actuellement un programme en VS pourraient être des ressources précieuses pour identifier les meilleures pratiques et leçons acquises en matière de réponse du secteur de santé à la VS en Guinée. Le projet devrait explorer la possibilité d'inviter ces responsables à la formation pour discuter des programmes de VS avec les participants.

Recommandations

- Dans le curriculum de VS, commencer avec les notions de bases ; ne pas partir du principe que les participants ont déjà reçu une formation en VS.
- Inviter des prestataires à participer au programme de formation même s'ils ont reçu une formation dans le passé
- Identifier les quelques prestataires qui ont récemment reçu une formation complète en VS et leur demander de servir d'aides-formateurs.
- Retourner dans les vingt et un centres pour gérer un programme de VS afin d'identifier les meilleures pratiques que le Ministère de la Santé pourrait vulgariser à plus grande échelle et

envisager d'inviter les directeurs de ces centres à partager leurs expériences avec les personnes formées.

Compréhension de la VBS parmi les prestataires

Résultats

La moitié des prestataires interviewés (51 %) ont affirmé qu'ils connaissaient le terme 'violence basée sur le genre'. Les chercheurs ont demandé à ceux-ci ce que signifiait le terme pour eux. Les prestataires ont eu le droit de donner plus d'une réponse. Les réponses les plus communes étaient :

- Violence contre les femmes (23 %)
- Violence sexuelle, physique ou psychologique contre les femmes (13 %)
- Sexe sans consentement (11 %)
- Travail forcé des jeunes filles (5 %)
- Violence contre les hommes et les femmes (4 %)
- Mutilation génitale féminine (3 %)
- Discrimination contre les femmes (3 %)
- Violation de la dignité des femmes (2 %)

Discussion

En général, peu de prestataires semblent comprendre le concept de VBG. Même parmi les prestataires qui connaissaient le terme, plusieurs ont proposé des définitions qui ne reflètent pas toute la signification.

Recommandations

- Au début de la formation, clarifier la définition de la VBG, y compris les définitions spécifiques des divers types de VBG (physique, psychologique et sexuelle). Il peut être utile de demander aux prestataires d'identifier les actes de VBG dans des cas d'exemples fictifs.

Connaissances des Lois par les Prestataires

Résultats

Seuls 9 % des 120 prestataires interviewés ont indiqué que leurs connaissances des lois de la Guinée concernant la VBG étaient très bonnes et seuls 20 % ont affirmé qu'elles étaient bonnes. La plupart des prestataires ont affirmé que leurs connaissances étaient faibles (45 %) ou très faibles (27 %).

Après avoir donné aux prestataires une définition de la VBG, les chercheurs leur ont demandé quelles lois liées à la VBG connaissaient-ils. La moitié (48 %) des prestataires ne pouvaient en citer aucune. Un quart (24 %) a affirmé qu'il existe une loi contre le viol, 13 % une loi contre la MGF, 8 % une loi contre le mariage forcé, 6 % une loi contre la violence physique et 3 % un code de mariage.

Discussion

Les connaissances des prestataires concernant les lois relatives à la VBG semblent être très limitées. En tenant compte que seuls 24 % des prestataires ont répondu qu'il y avait une loi contre le viol, il est possible que certains prestataires n'aient pas compris la question. En particulier, les prestataires ont besoin d'informations concernant leurs responsabilités légales, y compris quand – le cas échéant – ils ont pour obligation de rapporter un cas de VBG aux autorités.

Recommandations

- Couvrir les lois concernant la VBG, y compris les définitions légales du viol et autres actes de VBG, aborder les exigences légales, telles que l'obligation de rapporter les cas, et discuter des lois liées spécifiquement à la VBG impliquant les mineurs.
- Si possible, former les prestataires à faire des examens médico-légaux et à remplir les certificats médico-légaux.

Attitudes des Prestataires

Résultats

Quand on a demandé aux prestataires s'ils pensent que dans certains cas, la personne mérite de subir des VBG, 113 d'entre eux (94 %) ont répondu 'non'.

On a demandé aux prestataires : « Imagine qu'une femme vienne dans le centre et rapporte qu'elle a été violée, mais ne veut dévoiler ce qui est arrivé à aucune personne d'autre que vous, son prestataire de soins. En privé, son mari vous demande ce qui est arrivé. A votre avis, devriez-vous lui dire qu'elle a été violée ? En réponse, 116 prestataires de soins (97 %) ont dit 'non', indiquant que ce serait une violation de la confidentialité dans ce cas hypothétique.

On a aussi demandé aux prestataires : « Si un homme a un rapport sexuel avec une femme qui dit 'non' mais ne résiste pas physiquement, a-t-il commis un viol ? ». Sur les 120 prestataires interviewés, 108 (90 %) ont répondu 'oui' et 12 (10 %) 'non'.

Discussion

Dans l'ensemble, la grande majorité des prestataires ont indiqué avoir des attitudes favorables envers les survivantes de VBG. Toutefois, leurs réponses peuvent être affectées par un possible biais de désirabilité sociale d'une telle réponse, c'est-à-dire qu'ils peuvent avoir indiqué des attitudes qui sont selon eux escomptées des chercheurs et perçues favorablement. Pour avoir une meilleure vue d'ensemble des attitudes des prestataires, le projet pourrait poser à tous les participants aux formations des questions tirées de l'Echelle des Hommes Equitables en Genre (HEG) adoptée par le Projet Horizon et Instituto Promundo pour mesurer les attitudes envers des normes de genre équitables.³ L'échelle a l'avantage d'offrir aux participants une gamme de réponses possibles plutôt que de simples « oui » ou « non », ce qui pourrait mener à une évaluation plus nuancée des attitudes. Pour identifier les changements d'attitude pendant la formation, les formateurs pourraient administrer une version adaptée de l'Echelle HEG durant les tests pré et post formation des participants. De plus, les formateurs pourraient appliquer l'Echelle d'Acceptation du Mythe du Viol élaboré en Illinois pour évaluer les attitudes spécifiquement envers l'attaque sexuelle.⁴

Recommandations

- Mesurer les changements dans l'attitude des prestataires avant et après la formation.
- Engager les prestataires à participer à une discussion portant sur les subtilités dans les attitudes autour de la VBG. Le curriculum ne devrait pas se focaliser sur les attitudes nettement contreproductives envers la VBG mais aborder les zones grises, celles où les attitudes des prestataires peuvent diverger.

³ Pulerwitz, J., et Barker, G. 2008. Measuring attitudes toward gender norms among young men in Brazil: Development and psychometric evaluation of the GEM Scale, *Men and Masculinities* 10(X):322–338.

⁴ Payne, D. L., Lonsway, K. A., et Fitzgerald, L. F. 2002. Rape myth acceptance: Exploration of its structure and its measurement using the *Illinois Rape Myth Acceptance Scale*, *Journal of Research in Personality* 33(1):27–68.

- Engager les prestataires à participer à une discussion sur la manière dont la VBG peut affecter la santé et le traitement des survivantes.
- Engager les prestataires à participer à une discussion portant sur la façon de réagir quand les clients révèlent qu'ils ont été victimes de VBG (par exemple accepter leur version sans question, les informer de leurs droits et de leurs options légales et médicales, montrer du soutien et respecter leurs souhaits).

Procédures Opérationnelles Standard

Résultats

Selon les directeurs de centre, neuf des 21 centres (43 %) ont des POS et/ou des protocoles écrits indiquant quels soins apporter aux survivantes de VS. Un directeur de centre a été capable de montrer aux intervieweurs les POS du centre en matière de VS et huit le protocole du Ministère de la Santé en réponse à la VS. Aucun centre n'avait de charte pour les soins aux survivantes de VS.

Soixante-neuf pour cent des prestataires ont indiqué que leur centre a des POS, protocoles, chartes ou autres documents pour leur rappeler quels soins apporter aux survivantes de la VS. Le type de document le plus fréquemment mentionné était le protocole du Ministère de la Santé que 7 % des prestataires ont montré aux intervieweurs. D'autres documents incluaient entre autres les lignes directrices médicales pour les survivantes d'un viol, les stratégies pour combattre la VBG, les lignes directrices de la FNUAP, et un sondage national. Un seul des 120 prestataires a montré aux intervieweurs des POS concernant les réponses à apporter à la VS. Quand on a demandé aux prestataires comment savent-ils ce qu'il faut faire quand une survivante de VS vient au centre, un seul a dit qu'il consulte les POS.

Environ la moitié (53 %) des 120 prestataires interviewés ont dit qu'un membre du personnel dans leur centre est chargé de répondre à la VS. Parmi ceux-ci, 24 (38 %) ont indiqué qu'il ou elle est la personne responsable de la VS. Tous les prestataires interviewés ne correspondent pas à ce profil, parce qu'a interviewé plusieurs prestataires dans certains centres.

Discussion

Les POS et/ou les protocoles pour répondre à la VS ne sont pas systématiquement disponibles dans tous les centres de santé. Même si les ressources sont disponibles, il est possible que les prestataires ne les utilisent pas si, par exemple, ces ressources sont peu claires ou peu faciles à utiliser. Des POS faciles à utiliser sont nécessaires pour s'assurer que les prestataires suivent les étapes critiques en réponse à la VS et gèrent les données des clientes de manière éthique.

Durant la formation, les prestataires pourraient utiliser une grille pour mettre au point des POS en VS pour leur centre. Cette activité leur permettrait d'appliquer les informations acquises et de concevoir des POS adaptées à leurs besoins. Les POS pourraient inclure une charte et/ou un kit d'aide au travail pour les soins des survivantes à la VS. Les prestataires pourraient alors travailler avec les directeurs de centre pour finaliser et partager les POS dans leurs centres. Dans certains cas, les prestataires pourraient en former d'autres dans leurs centres concernant les POS en VS.

Recommandations

- Disséminer le protocole du Ministère de la Santé pour la réponse à la VS dans les centres qui n'en ont pas de copie.

- Durant la formation, inviter les prestataires à utiliser une grille basée sur les normes internationales pour concevoir des POS en VS avec le directeur de leur centre.

Confidentialité

Résultats

Les chercheurs ont demandé aux directeurs de centres si leurs centres prenaient certaines décisions pour protéger la confidentialité des survivantes de VS. Environ la moitié d'entre eux ont affirmé qu'ils obtiennent un consentement informé avant de partager les informations des clients et que leurs salles d'examens assurent le privé du point de vue auditif et visuel (Tableau 3). Aucun d'entre eux n'a indiqué utiliser un code d'identification plutôt que le nom du client ni qu'ils doivent signer un protocole de conduite.

Tableau 3. Pourcentage des centres prenant actuellement certaines initiatives pour protéger la confidentialité

Initiatives pour protéger la confidentialité des survivants de VS	No. (et %) de centres (n=21)
Utiliser un code d'identification plutôt que le nom du client	0
Demander aux prestataires de signer un Code de Conduite qui traite de la confidentialité du client	0
Obtenir un consentement informé avant de partager les informations du client avec d'autres prestataires pour référence	11 (52 %)
Avoir des salles d'examen privées en termes visuels et auditifs	11 (52 %)

Quand on leur pose la même série de questions, les prestataires ont donné des réponses similaires à celles des directeurs de centres. Alors que trois des 120 prestataires ont dit avoir utilisé un code d'identification, un seul pouvait expliquer le système de codage. Une petite minorité (16 %) a affirmé avoir signé un Code de Conduite qui aborde la question de confidentialité. Soixante-quinze prestataires (63 %) ont obtenu un consentement informé pour des références, et 90 (75 %) ont indiqué que leur centre a des salles d'examen qui assurent le privé du point de vue auditif et visuel.

Selon les directeurs de centre, sept centres (52 %) enregistrent le nombre de clients qui viennent en consultation pour un acte de VS. Aucun de ces centres ne demande aux survivantes de VS leur consentement avant de les inclure dans leurs statistiques. De ces sept centres, trois envoient leurs statistiques de VS au Ministère de la Santé, deux les envoient à la FNUAP et deux ne rapportent les données à personne hors du centre.

Seuls 13 % des prestataires ont indiqué que les dossiers médicaux des survivantes de VS sont gardés dans des fichiers fermés à clef alors que 57 % ont affirmé que ce n'était pas le cas et 31 % ne savaient pas. Dans la plupart des centres où les fichiers sont fermés à clef, une ou deux personnes ont la clef.

Discussion

Dans la mesure du possible, les centres devraient prendre des mesures complémentaires pour protéger la confidentialité de leurs clients. L'introduction de codes d'identification a le potentiel d'améliorer la confidentialité si cette pratique est considérée faisable dans le contexte du système de santé de la Guinée. Selon les directeurs de centre, aucun centre ne requiert actuellement des prestataires qu'ils signent un Code de Conduite concernant la confidentialité des clients, ce qui est relativement simple à mettre en place. Avec la formation, les POS et les fiches de consentement,

plus de centres pourraient s'assurer que les prestataires obtiennent un consentement informé des survivantes avant de partager les informations de ces survivantes dans le contexte de références. Des ressources financières seraient requises pour répondre à d'autres besoins tels que la disponibilité de classeurs pouvant être formés à clef et de salles d'examen non accessibles de l'extérieur au regard ou à l'audition.

Recommandations

- Souligner lors de la formation les étapes spécifiques que les prestataires devraient suivre pour protéger la confidentialité des survivantes de VS.
- Encourager les prestataires à rapporter ce qu'ils ont appris aux directeurs de leurs centres et catalyser un changement de pratique à l'échelle des centres dans le domaine de la confidentialité des clients.
- Former les prestataires pour leur permettre d'offrir une demi-journée de formation en cascade ciblée sur la VBG et focalisée sur la confidentialité pour les autres membres du personnel de leurs centres.

Services Offerts

Résultats

Environ trois-quarts des directeurs de centres ont dit que leurs centres fournissent des services pour les attaques, viols et autres types d'agressions basées sur le genre (Tableau 4). Quatre des directeurs de centre (19 %) ont indiqué que leurs centres ne fournissent pas actuellement de services pour gérer les cas de VBG.

Tableau 4. Nombre (et %) de centres offrant des services pour divers types de VBG

Type de VBG	No. (et %) (n=21)
Viol	16 (76 %)
Autres formes de violence sexuelle	16 (76 %)
Agression physique basée sur le genre	17 (81 %)
Mariage forcé	1 (5 %)
Autre, tel que refus d'accès aux ressources ou abus psychologique	0
Aucun service offert aux survivants de VS	4 (19 %)

Parmi les types de VBG traités, les réponses des prestataires se sont en général alignées sur celles des chefs de centres, sauf pour le dernier sujet : 43 % des prestataires ont dit que leurs centres offrent des services pour d'autres formes de VBG telles que le refus d'accès aux ressources ou l'abus psychologique.

On a demandé aux prestataires de décrire, étape par étape, ce qu'ils feraient si un client venant de subir un viol arrivait dans leur centre. Les intervieweurs n'ont pas cherché à guider les réponses à l'aide de questions ciblées ; ils ont simplement enregistré les réponses fournies. Il est possible que certains prestataires suivent des étapes qu'ils n'ont pas mentionnées dans l'entretien ou bien que d'autres citent des étapes qu'ils ne suivent pas habituellement. Donc, les réponses du Tableau 5 donnent une indication des étapes généralement suivies par les prestataires. Les réponses des prestataires sont indiquées en allant de la plus à la moins fréquemment citée, et non par dans l'ordre suivi par les prestataires.

Deux-tiers des prestataires feraient un examen physique et traiteraient les blessures, et plus de la moitié demanderait au client de décrire ce qui s'est passé. Seul un quart s'assurerait de la confidentialité du client, fournirait un soutien psychosocial ou administrerait au client un test de dépistage du VIH.

Table 5. Nombre (et %) de prestataires indiquant les diverses étapes suivies en réponse à un viol

Etape	No. (and %) (n=120)
Faire un examen clinique	77 (64 %)
Traiter les blessures, le cas échéant	75 (63 %)
Demander au client de décrire ce qui s'est passé, tout symptôme et l'histoire médicale pertinente (cf. statut VIH)	70 (58 %)
Assurer la confidentialité du client	35 (29 %)
Fournir un soutien psychologique / rassurer le client (cf. expliquer ce que ce n'est pas sa faute s'il/elle a subi un viol)	31 (26 %)
Faire un test de dépistage VIH, le cas échéant	31 (26 %)
Référer le client à un autre prestataire dans le même centre pour examen et soins	9 (24 %)
Référer le client pour d'autres services, selon ses besoins et souhaits	29 (18 %)
Fournir une prophylaxie post exposition, le cas échéant	13 (11 %)
Administrer un test de grossesse, le cas échéant	11 (9 %)
Etablir un certificat médical documentant le viol, selon les souhaits du client	10 (8 %)
Offrir une contraception d'urgence, le cas échéant	9 (8 %)
Administrer un test de dépistage pour d'autres IST, le cas échéant	8 (7 %)
Traiter les IST, le cas échéant	5 (4 %)
Administrer d'autres vaccins, le cas échéant (e.g. tétanos, Hépatite B)	5 (4 %)
Informé le client de son droit d'accepter ou refuser tout service offert	4 (3 %)
Discuter de la sécurité du client / de la cliente (cf. s'il ou elle risque de subir d'autres actes de VS)	1 (1 %)
En cas de violence domestique, demander si les enfants de la famille sont menacés	0
Evaluer si le client risque de faire une dépression ou de se suicider	0

Les autres étapes que certains prestataires ont citées incluaient le fait d'accueillir le client, de lui donner des conseils, de fixer un rendez-vous, et d'alerter les autorités.

Discussion

Dans certains cas, le directeur de centre ou le prestataire peut ne pas avoir cité certains services fournis en réponse à un cas de VS. Par exemple, il semble probable que chaque centre de santé traite les lésions qui pourraient résulter d'agression physique basée sur le genre, mais seuls 81 % des directeurs de centres ont dit que leur centre offrait des services aux survivantes d'agression physique basée sur le genre.

Même si certains prestataires suivent des étapes qu'ils n'ont pas citées lors des entretiens, les réponses des entretiens sont préoccupantes. Par exemple, seuls 9 % des prestataires ont dit qu'ils administreraient un test de grossesse à une survivante de viol, et seuls 8 % ont indiqué qu'ils offriraient une contraception d'urgence, le cas échéant. Il semble relativement rare que les prestataires prennent des initiatives non médicales en réponse à la VBG, telles qu'assurer la confidentialité du client et le risque de suicide.

Recommandations

- Former les prestataires pour identifier et traiter les conséquences de la VS pour les survivantes.
- Concevoir des kits d'aide au travail pour la réponse à la VS et les inclure dans les documents de formation.
- S'assurer que les prestataires mémorisent les étapes spécifiques de réponse à la VS ou apprennent comment utiliser les kits d'aide au travail pour respecter ces étapes et tester les prestataires pour s'assurer qu'ils se souviennent bien de ces étapes par le biais de jeux de rôles.
- Former les prestataires pour leur permettre d'offrir des informations sur les droits des clients et services disponibles et pour mener une planification de sécurité avec les survivantes par le biais de jeux de rôles.
- Retourner dans les centres de santé 3 à 6 mois après la formation, pour répéter l'exercice de jeu de rôle et fournir aux prestataires une révision des étapes apprises.

Références

Résultats

La plupart des directeurs de centres ont référé les survivantes de VS à des services d'aide légale ou d'application des lois, le cas échéant, et deux-tiers ont référé les clients à des services de conseils psychosociaux (Tableau 6). Certains ont envoyé les clientes vers des refuges ou une agence se focalisant sur la réintégration économique ou sociale.

Tableau 6. Nombre et pourcentage des centres offrant divers types de références et les institutions vers lesquelles ils réfèrent leurs clients

Type de références offert	No. (et %) de centres (n=21)	Type d'institution recevant des cas de référence
Aide légale ou application des lois	18 (86 %)	<ul style="list-style-type: none"> • Les cours—7 • Un médecin légiste—4 • Un hôpital—4 • La police—3
Refuge ou maison d'accueil	7 (33 %)	<ul style="list-style-type: none"> • Un hôpital—3 • Sécurité—2 • L'agence pour affaires sociales—1 • Une maison d'hôtes—1
Conseils psychosociaux	14 (67 %)	<ul style="list-style-type: none"> • Le service de psychiatrie—6 • Un hôpital—4 • L'agence pour affaires sociales—2 • Personnes âgées (sages) —1 • UNICEF—1
Réintégration sociale	9 (43 %)	<ul style="list-style-type: none"> • Un hôpital—3 • L'agence pour affaires sociales—2 • Les cours—2 • UNICEF—1 • La communauté—1
Réintégration économique	5 (24 %)	<ul style="list-style-type: none"> • Un hôpital—2 • ONG—2 • Hommes de loi—1

Discussion

Il semble que de nombreux centres ne tirent pas profit d'opportunités de connecter les survivantes de VS aux services qui peuvent les aider. De plus, certaines institutions où les prestataires réfèrent des survivants de VS semblent peu à même de répondre directement aux besoins des survivantes. Ainsi, trois centres réfèrent des survivants de VS vers un hôpital pour qu'ils puissent s'y réfugier ou préparer leur réintégration sociale. Les résultats suggèrent aussi que des services de référence appropriés ne sont peut-être pas disponibles.

Recommandations

- Discuter de la valeur de traiter les clients dans leur globalité en répondant à une vaste gamme de besoins.
- Dresser des listes de services disponibles pour les survivantes de VS dans chacune des trois régions, les partager avec des prestataires durant la formation, aider les prestataires à penser à d'autres ressources pour les ajouter à la liste, donner aux prestataires des copies des listes pour assurer une plus grande distribution dans leurs centres et aider les prestataires à planifier la façon dont ils vont créer une relation de référence avec leurs services.

Produits, Equipements et Fournitures

Résultats

Seuls 12 des 21 directeurs de centres (57 %) ont indiqué que leurs centres offraient une contraception d'urgence (CU) aux femmes victimes de viol. Parmi ces 12 centres, huit (75 %) avaient connu des ruptures de stock de CU durant les trois derniers mois, seuls neuf centres (43 %) offrent à ceux qui ont été victimes de viol une prophylaxie post exposition (PPE) contre le VIH. Pour ces 9 centres, trois (33 %) avaient connu des ruptures de stock de PPE durant les trois derniers mois. En tout, deux-tiers des centres avaient des stocks de produits, d'équipements et de fournitures essentiels pour le dépistage d'IST sans ruptures de stock durant les trois mois précédant la collecte de données (Tableau 7).

Tableau 7. Centres n'ayant connu aucune rupture de stock des produits, équipements et fournitures essentiels durant les trois derniers mois

Biens, équipements et fournitures	No. (et %) de centres avec (n=21)
Fournitures pour la CU	4 (19 %)
Fournitures pour les tests d'IST	14 (67 %)
Fournitures avec lesquelles prélever des échantillons à finalité médico-légale	0
Fournitures PPE	6 (29 %)

Quand on a demandé aux directeurs de centres et aux prestataires si leur centre avait les équipements et les fournitures pour offrir des services adéquats aux survivantes de VS, quatre des 21 directeurs et 22 des 120 prestataires (18 %) ont répondu par l'affirmative. Ceux qui ont dit 'non' ont fait la liste des équipements et fournitures dont ils auraient besoin pour répondre aux besoins des survivants de VS. Les besoins les plus souvent identifiés étaient :

- Kits de viol, y compris CE
- Classeurs fermables à clef
- Tables d'examen
- Matériel pour faire des sutures
- Outils de gestion tels que des registres, des fiches de référence et des fiches médicolégales

Discussion

Le niveau de préparation des centres pour répondre à la VS est compromis par le manque de produits, d'équipements et de fournitures disponibles en permanence. Pour améliorer la réponse à la VS dans le secteur de santé, les questions d'approvisionnement en biens, équipements et fournitures doivent être résolues. Les prestataires individuels et les directeurs de centre peuvent certes entreprendre certaines initiatives pour faire face à ces problèmes, mais plusieurs étapes clés sont hors de leur contrôle. Il est donc essentiel d'impliquer dans la résolution de ces problèmes les responsables du Ministère de la Santé, les ONG et les agences internationales telles que le FNUAP.

Recommandations

- Identifier les sources de financement pour soutenir l'approvisionnement de certains équipements et fournitures en rupture de stock pour la réponse à la SV.
- Inclure dans le curriculum des exemplaires de registres, fiches de référence et fiches de consentement et autres documents que les prestataires peuvent photocopier et utiliser dans leurs centres.
- Lors de la formation, aborder l'importance de gérer les stocks de produits tels que les CU et PPE et de placer des commandes à temps opportun. Garder assez de temps pour permettre une discussion des ruptures de stock car il est possible que certains prestataires aient des conseils à échanger sur la manière d'améliorer la sécurité de l'approvisionnement. Ne pas toutefois dépasser la durée minimale requise pour la discussion car c'est une question complexe qui pourrait donner lieu à de longs débats et elle n'est pas aussi pertinente pour la réponse à la SV que d'autres sujets du curriculum.
- Retourner dans les centres de santé 3 à 6 mois après la formation pour une visite guidée. Discuter avec le directeur du centre et le prestataire qui a reçu la formation des moyens d'améliorer la structure physique, les produits, équipements et fournitures.
- Discuter des ruptures de stock et besoins en équipement avec les directeurs de centres, les responsables du Ministère de la Santé, les ONG et agences internationales telles que le FNUAP.

Conclusion

L'évaluation a identifié un certain nombre de moyens par lesquels le Ministère de la Santé, le projet RESPOND et d'autres partenaires pourraient améliorer la réponse du secteur de santé à la VBS, en commençant avec une formation des prestataires. Dans l'ensemble, seuls six directeurs de centre (29 %) ont l'impression que les prestataires de leur centre ont les connaissances et qualifications requises pour fournir des soins adéquats aux survivants de VS. Tous les directeurs de centres et 73 % des prestataires estiment qu'il existe un besoin non satisfait de formation complémentaire pour les prestataires en VS. Des recommandations spécifiques concernant la sélection des participants et la conception du curriculum sont indiquées dans les sections Résultats, Discussion et Recommandations ci-dessus. Une fois que RESPOND aura piloté et révisé le programme de formation des prestataires, le Ministère de la Santé devrait envisager son élargissement à une plus grande échelle (dans d'autres régions de Guinée) par le biais de formations continues offertes aux travailleurs en poste et/ou à travers une formation préalable à la prise de fonction.

Actuellement, la réponse du secteur de santé à la VS varie notablement selon les centres ; plusieurs prestataires ne respectent pas les étapes critiques pour protéger la confidentialité des clients, traiter les survivantes de viols et offrir des références. L'utilisation non-systématique de POS pour la VS dans le secteur de santé pourrait expliquer cette réponse inconsistante à la VS d'un centre à l'autre. Le Ministère de la santé devrait s'assurer que son protocole pour la réponse à la VS est disponible dans toutes les structures de santé. De plus, le Ministère de la Santé et RESPOND devraient envisager de développer et de distribuer de simples kits d'aide au travail pour répondre au viol, à la violence domestique et aux autres formes de VBG. Des kits d'aide au travail devraient inclure un tableau de réponse à la VBG et une liste des services disponibles pour les survivantes à la VS dans chaque région. Le Ministère de la Santé devrait aussi instituer et appliquer des règles concernant le harcèlement sexuel et l'agression sexuelle dans les services de santé.

De nombreux directeurs de centre et prestataires ont identifié un besoin en outils de gestion, en équipements, produits et fournitures et une infrastructure améliorée pour répondre de façon adéquate à la VS. Le Ministère de la Santé et RESPOND devraient disséminer des registres, des fiches de consentement et de référence et d'autres outils pour aider les prestataires dans la gestion des cas de VS. De plus, ils devraient chercher des sources de financement pour couvrir les besoins en infrastructures et équipements tels que des salles d'examen privées et des classeurs pouvant être fermés à clef pour améliorer la réponse à la VS. De plus, le Ministère de la Santé devrait augmenter les efforts pour garantir la chaîne d'approvisionnement en CU et PPE.

Les efforts pour répondre à la VS dans le secteur de la santé devraient être accompagnés d'efforts pour empêcher la VBG, y compris la VS dans la communauté. Plusieurs directeurs de centre et prestataires ont suggéré de fournir aux centres des documents à but d'information, d'éducation et de communication (IEC) sur la VBG et d'augmenter la sensibilisation à la VBG dans la communauté. Le Ministère de la Santé, RESPOND et/ou les partenaires devraient en particulier augmenter la sensibilisation à la CU et à la PPE, indiquer où ils sont disponibles et souligner qu'une survivante de viol doit se présenter rapidement dans un centre de santé pour en tirer profit. RESPOND a établi et formé des comités de niveau communautaire à Conakry pour planifier et mener à bien des activités de prévention de la VBG dans leurs communautés respectives. Le Ministère de la Santé devrait investir des efforts additionnels dans des actions de prévention de la VBG dans tout le pays.