



RÉPUBLIQUE DU SÉNÉGAL  
UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI



MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
ET DE L'ACTION SOCIALE

DIRECTION DE LA PLANIFICATION,  
DE LA RECHERCHE ET DES STATISTIQUES

---

CELLULE GENRE

# Manuel d'intégration du genre dans la prestation de soins de santé

Septembre 2019



# **Manuel d'intégration du genre dans la prestation de soins de santé**

# Sommaire

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Liste des sigles et abréviations</b>  | <b>8</b>  |
| <b>MODULE 1 GENERALITES SUR L'APPROCHE GENRE EN SANTE</b>  | <b>10</b> |
| <b>1.2.Genre et développement : historique, définitions et méthodes d'analyse</b>                          | <b>11</b> |
| <b>1.3 Les principes directeurs de l'approche genre</b>  | <b>13</b> |
| <b>1.4 La plus-value de l'approche genre dans le secteur de la santé</b>                                   | <b>14</b> |
| <b>1.6 Un outil d'analyse : le continuum d'intégration du genre</b>  | <b>15</b> |
| <b>Chapitre 2 : Domaines transversaux en lien avec le genre et la sante</b>                                | <b>17</b> |
| <b>2.1 Genre et personnes en situation de handicap</b>   | <b>17</b> |
| <b>2.2 Intégration de la dimension genre dans les TIC (E-santé)</b>  | <b>17</b> |
| <b>2.3 Genre et techniques de communication</b>  | <b>18</b> |
| <b>Chapitre 3 : Accessibilité, Accueil et Orientation</b>  | <b>18</b> |
| <b>3.1 Accessibilité aux soins et services de santé</b>  | <b>18</b> |
| <b>3.2 Accueil et orientation</b>  | <b>20</b> |
| <b>MODULE 2 INTEGRATION DU GENRE DANS LA SRMNIA</b>  | <b>22</b> |
| <b>Chapitre 1 : Généralités sur l'intégration du genre dans la SRMNIA</b>                                  | <b>23</b> |
| <b>1.1 Influence du genre sur les résultats de la SRMNIA</b>   | <b>23</b> |
| <b>1.2 L'élaboration de documents de référence intégrant le genre</b>                                      | <b>24</b> |
| <b>Chapitre 2 : Offre de services SRMNIA intégrant le genre</b>  | <b>24</b> |
| <b>2.1 Les insuffisances de la prise en compte du genre dans l'offre de services SRMNIA</b>                | <b>24</b> |
| <b>2.2 Attitudes et aptitudes du prestataire pour l'offre de services de SRMNIA de qualité</b>             | <b>25</b> |
| <b>2.3 Les caractéristiques attendues des services offerts en vue de satisfaire les droits des clients</b> | <b>25</b> |
| <b>2.4. Connaissances et compétences requises des prestataires</b>   | <b>26</b> |
| <b>2.5. Les éléments clés de l'offre de services SRMNIA intégrant la dimension genre</b>                   | <b>26</b> |
| <b>2.6. La prise en charge des clients(e)s pour couvrir les besoins non satisfaits en PF</b>               | <b>27</b> |
| <b>2.7. Offre de services de qualité adaptés aux ados/jeunes</b>   | <b>27</b> |
| <b>2.8. Infrastructures et équipements adaptés au genre</b>  | <b>28</b> |
| <b>2.9. Gestion de la référence et contre référence</b>  | <b>28</b> |
| <b>Chapitre 3 : Promotion et Prise en charge de la SRMNIA au niveau communautaire</b>                      | <b>29</b> |
| <b>3.1. Prise en charge de la SRMNIA au niveau communautaire</b>   | <b>29</b> |
| <b>3.2. Implication de la communauté dans la promotion de la SRMNIA</b>                                    | <b>30</b> |
| <b>4 Chapitre 4 : Suivi évaluation (gestion des données intégrant le genre)</b>                            | <b>31</b> |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>MODULE 3 PRISE EN CHARGE DES VIOLENCES BASEES SUR LE GENRE</b>  | <b>32</b> |
| <b>Chapitre I : Généralités sur les VBG</b>  | <b>33</b> |
| <b>1. Cadre institutionnel relatif à la lutte contre les VBG</b>   | <b>33</b> |
| <b>1.1. Le cadre juridique en matière de lutte contre les VBG</b>  | <b>33</b> |
| <b>1. 2 Les documents politiques de référence</b>  | <b>34</b> |
| <b>2. Informations de base sur les VBG</b>   | <b>37</b> |
| <b>2.1. Définitions</b>  | <b>37</b> |
| <b>2. 2 Typologie des VBG</b>  | <b>37</b> |
| <b>2.3. Les conséquences des VBG</b>   | <b>38</b> |
| <b>Chapitre II: La prise en charge médicale des VBG</b>  | <b>38</b> |
| <b>1. Les questions de genre qui se posent dans la prise en charge des VBG</b>   | <b>38</b> |
| <b>2. Etapes de prise en charge : de l'accueil à l'orientation des victimes de VBG</b>   | <b>40</b> |
| <b>2.1 L'accueil et la préparation de la victime</b>   | <b>41</b> |
| <b>2.2 L'interrogatoire</b>  | <b>42</b> |
| <b>3. L'examen physique</b>  | <b>44</b> |
| <b>4 Rédaction du certificat médical</b>   | <b>44</b> |
| <b>4.1. Définition</b>   | <b>44</b> |
| <b>4.2. Intérêts du certificat médical</b>   | <b>44</b> |
| <b>Chapitre III : Protection et prévention des VBG</b>   | <b>45</b> |
| <b>1 . Protection contre les VBG</b>   | <b>45</b> |
| <b>2. La Prévention des VBG</b>  | <b>45</b> |
| <b>Chapitre IV : La Prise en charge multisectorielle des VBG</b>   | <b>46</b> |
| <b>1 Le circuit de la PEC des VBG</b>  | <b>46</b> |
| <b>2. Rôle de chaque acteur</b>  | <b>46</b> |
| <b>3. Le rôle du prestataire dans la PEC multisectorielle des VBG (référence ; collecte de preuves médico-légales ; signalement ; suivi)</b> | <b>48</b> |
| <b>4. Le signalement</b>   | <b>48</b> |
| <b>5. Collecte de preuves médico-légales</b>   | <b>49</b> |
| <b>6. La référence</b>   | <b>49</b> |
| <b>7. Le suivi des cas</b>   | <b>49</b> |
| <b>Chapitre IV: PEC spécifique des violences sexuelles et des MGF</b>  | <b>49</b> |
| <b>1. Définitions</b>  | <b>49</b> |
| <b>2. Quelques rappels</b>   | <b>49</b> |
| <b>3. La prise en charge des Mutilations Génitales Féminines</b>   | <b>53</b> |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>MODULE 4 GENRE ET LUTTE CONTRE LA MALADIE</b>  | <b>56</b> |
| <b>Chapitre 1. Notions de base sur genre et lutte contre la maladie</b>                     | <b>57</b> |
| 1.1 Vulnérabilité aux maladies selon le genre   | 57        |
| 1.2 Les actions sensibles au genre dans la prévention                                       | 60        |
| 1.3 Les actions sensibles au genre dans la prise en charge                                  | 61        |
| <b>Chapitre 2 : Genre et lutte contre le VIH</b>  | <b>62</b> |
| 2.1 Vulnérabilité spécifique au VIH   | 62        |
| 2.2 Contraintes liées au genre dans la riposte au VIH                                       | 64        |
| 2.3 Les opportunités liées au genre   | 68        |
| 2.4 Les attitudes équitables  | 69        |
| 2.5 Quelques actions sensibles au genre   | 70        |
| <b>Chapitre 3 : Notions de base sur l'intégration du genre la lutte contre le paludisme</b> | <b>73</b> |
| 3.1 Vulnérabilité biologique des femmes enceintes   | 73        |
| 3.2. Intégration du genre dans la prévention du paludisme                                   | 73        |
| 3.3 Intégration du genre dans la prise en charge ( PEC ) du paludisme                       | 76        |
| <b>Chapitre 4 : Genre et lutte contre la tuberculose</b>                                    | <b>77</b> |
| 4.1 Notions de base sur genre et TB   | 77        |
| 4.2 Genre dans la prévention de la TB   | 78        |
| 4.3 Genre dans la PEC de la TB  | 80        |
| <b>MODULE 5 GENRE ET WASH</b>   | <b>82</b> |
| <b>Chapitre 1 : Les vulnérabilités liées au WASH</b>  | <b>83</b> |
| <b>Chapitre 2 : Le Genre, cadre de Coopération entre hommes et Femmes</b>                   | <b>83</b> |
| <b>Chapitre 3 : Les maladies liées au WASH</b>  | <b>84</b> |
| 3.1 L'eau, l'hygiène et l'assainissement pour protéger la santé des nouveau-nés             | 84        |
| 3.2 L'eau, l'hygiène et l'assainissement pour protéger la santé maternelle                  | 84        |
| 3.3 L'eau, l'hygiène et l'assainissement dans les services de maternité et à domicile       | 84        |
| <b>Chapitre 4 : Gestion des menstrues et WASH</b>   | <b>85</b> |
| 4.1 comportements, pratiques et croyances   | 85        |
| 4.2 Le cadre de gestion de l'hygiène menstruelle (GHM)                                      | 85        |
| <b>Chapitre 5 : Gestion des déchets biomédicaux</b>   | <b>86</b> |
| 5.1 Prévention des Infections et Protection de l'environnement                              | 86        |



# Liste des sigles et abréviations

|           |  |
|-----------|--|
| AGR       | Activité Génératrice de Revenus  |
| AID       | Aspersion Intra Domiciliaire   |
| ARV       | Antirétroviraux  |
| ASC       | Agent de Santé Communautaire   |
| ATB       | Antibiotiques  |
| CADHP     | Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples                                  |
| CCC       | Communication pour le Changement de Comportement                                       |
| CDE       | Convention sur les Droits de l'Enfant  |
| CDPE      | Comité Départemental de Protection de l'Enfant   |
| CDV       | Conseil Dépistage Volontaire   |
| CEDEF     | Convention sur l'Elimination de toutes Formes de Discrimination à l'Egard des Femmes   |
| CIPD      | Conférence Internationale sur la Population et le Développement                        |
| CPON      | Consultation Post Natale   |
| CPS       | Chimio Prévention Saisonnier   |
| CS        | Centre de Santé  |
| CVAC      | Comité de Veille et d'Alerte Communautaire   |
| DEEG      | Direction de l'Equité et de l'Egalité du Genre   |
| DLM       | Direction de Lutte pour la Maladie   |
| DSDOM     | Dispensateur de soins à Domicile   |
| DUDH      | Déclaration Universelle des Droits de l'Homme  |
| EPS       | Education Pour la Santé  |
| EPS       | Etablissement Public de Santé  |
| FVVIH     | Femme Vivant avec le Virus de l'Immunodéficience humaine                               |
| GHM       | Gestion Hygiène Menstruelle  |
| HVVIH     | Homme Vivant avec le Virus de l'Immunodéficience humaine                               |
| IST/VIH   | Infection Sexuellement Transmissible/ Virus de l'Immunodéficience humaine              |
| A.N.S.D   | Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie                                |
| L'IEC/CCC | Information, Education, Communication/Communication pour un Changement de Comportement |
| MAC       | Maison d'Arrêt et de Correction  |
| MAFE      | Maison d'Accueil des Femmes Enceintes  |
| MFFE      | Ministère de la Femme, de la Famille et de l'Enfance                                   |
| MGF       | Mutilation Génitale Féminine   |
| MILDA     | Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d'Action   |
| MSAS      | Ministère de la Santé et de l'Action Sociale   |
| OCB       | Organisation Communautaire de Base   |
| OMS       | Organisation Mondiale de la Santé  |

|        |  |
|--------|--|
| PDIS   | Programme de Développement Intégré de la Santé                               |
| PEC    | Prise en Charge  |
| PF     | Planification Familiale  |
| PNDS   | Plan Nationale de Développement Sanitaire                                    |
| PNLP   | Programme de Lutte contre le Paludisme                                       |
| PNUD   | Programme des Nations Unies pour le Développement                            |
| PPS    | Point de Prestation de Services  |
| PS     | Poste de Santé   |
| PSE    | Plan Sénégal Emergent  |
| PTME   | Prévention Transmission Mère-Enfant  |
| PVVIH  | Personne Vivant avec le VIH  |
| SAA    | Soins Après Avortement   |
| SAMU   | Service d'Assistance Médicale d'Urgence                                      |
| SAT    | Sérum Anti Tétanique   |
| SAU    | Services d'Accueil et d'Urgence  |
| SBC    | Services à Base Communautaire  |
| SNEEG  | Stratégie Nationale pour l'Equité et l'Egalité de Genre                      |
| SONUB  | Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base                            |
| SONUC  | Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets                           |
| SRAJ   | Santé de la Reproduction des Ados-Jeunes                                     |
| SRMNIA | Santé de la Reproduction Maternelle, Néonatale, Infantile et des Adolescents |
| SRSE   | Santé de la Reproduction et de la Survie de l'Enfant                         |
| TB     | Tuberculose  |
| TBMR   | Tuberculose Multi Résistante   |
| TBVIH  | Tuberculose et Virus de l'Immunodéficience humaine                           |
| TIC    | Technologie de l'Information et de la Communication                          |
| TPIG   | Traitement Préventif Intermittent  |
| VADI   | Visite à Domicile Intégré  |
| VAT    | Vaccin Anti Tétanique  |
| VBG    | Violences Basées sur le Genre  |
| WASH   | Eau, Assainissement et Hygiène   |

# **MODULE 1**

## **GENERALITES SUR L'APPROCHE GENRE EN SANTE**

## Généralités

Ce module présente les connaissances de base sur le genre tout en les articulant au domaine de la santé. Par ailleurs, il aborde quelques domaines transversaux pertinents dans pour aborder l'intégration du genre dans la prestation de soins. Pour finir, dans une perspective d'opérationnalisation, ces différents apports sont utilisés pour aborder la question du genre dans l'accessibilité, l'accueil et l'orientation. Il est composé de X chapitres :

### Chapitre 1 : Connaissances de base sur genre et santé

Ce chapitre donne un aperçu historique de l'approche genre ainsi que des apports conceptuels et des outils qui permettent son opérationnalisation dans le domaine de la santé.

#### 1.1. Définition du concept genre

C'est la construction sociale des différences liées au sexe biologique. Toutefois, d'autres catégories peuvent être prises en compte en même temps que le sexe. Il s'agit par exemple de l'âge, de la situation économique et de toutes autres caractéristiques spécifiques (handicap) à un individu ou à un groupe. Le genre définit les statuts et rôles sociaux et reflète les rapports de pouvoir qui peuvent en découler.

##### 1.1.1. La distinction entre Sexe et Genre

| Sexe   | Genre   |
|--|---|
| Est inné   | Est acquis et appris  |
| Est immuable   | Est évolutif et modifiable  |
| Est biologique et désigne : les organes génitaux                   | Est construit par la société et découle de la culture et du processus d'apprentissage |
| Permet d'identifier les différences entre les femmes et les hommes | Permet d'identifier les relations entre les hommes et les femmes                      |
| Universel  | Contextuel (spécificités)   |

##### 1.1.2 Les catégories de genre

Le genre est traversé par d'autres catégories que le sexe. On n'est pas uniquement femme ou homme, le sexe se croise avec d'autres catégories : âge, situation socioéconomique, appartenance culturelle, handicap etc.

**Exemple:** Dans la perspective de rendre disponible une offre de soins de santé de qualité, il n'est pas cohérent d'analyser de la même manière la situation de deux personnes de même sexe appartenant à des classes d'âge différentes et/ou vivant des contextes géographiques/culturels différents, étant ou non en situation de handicap etc.

Leurs besoins, contraintes, opportunités sont forcément différents compte tenu de leurs spécificités respectives.

#### 1.2. Genre et développement : historique, définitions et méthodes d'analyse

##### 1.2.1. Historique de l'approche genre

Le concept genre est dérivé de l'anglais « *gender* » qui est né du mouvement féministe américain des années 70. Il est devenu par la suite un moyen de lutte institutionnalisé contre les inégalités sociales, économiques, politiques liés au sexe.

C'est à partir des années 80 que le concept genre s'est progressivement imposé dans le champ du développement. Plusieurs conférences internationales ont été organisées avec comme objectif de remodeler la vision sur les conditions de vie des femmes. Elles ont créé les conditions d'une relecture des relations de pouvoir entre les hommes et les femmes, pour le respect des droits humains dont les droits des femmes sont partie intégrante.

Toutefois, il est important de noter que **le genre est contextuel et évolutif et qu'il s'adapte à l'environnement socioculturel et politique de chaque pays.**

Le Sénégal a pris des engagements au niveau international et national pour garantir l'égalité des sexes, en signant entre autres, la CEDEF, le protocole de Maputo et en reconnaissant dans sa constitution l'égalité des droits et des chances entre hommes et femmes. Cette volonté politique s'est manifestée notamment avec l'adoption de la loi sur la parité (2010) qui garantit l'égal accès des hommes et des femmes aux mandats et fonctions, la loi sur les violences faites aux femmes et aux filles (1999), la loi sur la Santé de la Reproduction (2005).

### 1.2.2 Définition de l'approche Genre Développement

« Elle s'appuie sur une perspective holistique, étudiant l'ensemble de l'organisation sociale et de la vie économique et politique afin de comprendre la formation des aspects particuliers de la société. L'approche genre et développement ne s'intéresse pas aux femmes en soi mais plutôt à la construction sociale des genres et à l'attribution de rôles, de responsabilités, et d'attentes spécifiques aux hommes et aux femmes » young (1987)

L'approche genre et développement en visant une société plus juste et équitable privilégie un développement centré sur l'humain, les relations égalitaires entre les femmes et les hommes et un développement durable et solidaire.

La prise en compte du genre dans le champ du développement comporte un double intérêt : à la fois sur le plan théorique et sur le plan pratique. Il représente un intérêt pour sa capacité à offrir une nouvelle grille de lecture des réalités sociales et pour sa capacité à produire des outils opératoires dans le domaine de l'action pour engendrer un changement social pour un développement au profit des communautés.

Les normes et les valeurs de «genre» conduisent aussi à *des inégalités de «genre»* c'est-à-dire des différences entre les hommes et les femmes qui donnent systématiquement plus de pouvoirs à un groupe au détriment d'un autre.

Dans le domaine de la santé par exemple, il peut arriver que l'accès d'une personne aux soins et services soit dénié sur la base du sexe ou d'un handicap.

Tant les différences que les inégalités de «genre» peuvent conduire à des iniquités entre les hommes et les femmes en matière de santé et d'accès aux soins et services.

#### **Quelques exemples:**

- ▶ Une femme enceinte peut ne pas recevoir les soins de santé dont elle a besoin à temps, parce que les normes de sa communauté ne lui permettent pas de se déplacer ou de se rendre seule dans une structure sanitaire.
- ▶ Un adolescent meurt dans un accident de voiture parce qu'il pense devoir prendre des risques «téméraires», afin de répondre aux attentes de ses pairs qui estiment que les jeunes hommes doivent être «hardis» et prêts à prendre des risques.
- ▶ Une femme mariée est atteinte du VIH parce que les normes de la société dans laquelle elle vit ne lui permettent pas de négocier des relations sexuelles à moindre risque avec son mari (ex : emploi de préservatifs)
- ▶ Dans chacun de ces cas, les normes et les valeurs de «genre» et les comportements qui en résultent, ont un impact négatif sur la santé des femmes. En fait, le schéma de «genre» qui prévaut à un moment et dans un lieu donné, peut être un des principaux obstacles - voire le principal obstacle – à des démarches soucieuses d'équité entre les hommes et les femmes qui cherchent à promouvoir le bien-être de tous.

**Il y a un aspect positif à prendre en compte:** les normes et les valeurs de «genre» ne sont pas fixes; elles évoluent dans le temps, varient sensiblement d'un endroit à un autre et sont susceptibles de changer.

Les conséquences négatives pour la santé qui résultent des différences et des inégalités entre les hommes et les femmes ne sont donc pas fixes non plus. Elles peuvent changer.

### 1.3 Les principes directeurs de l'approche genre

L'intégration de l'approche genre dans les politiques de développement est une méthode de travail visant à promouvoir un développement équitable en favorisant une prise de conscience et en introduisant des stratégies et des outils pour l'égalité à toutes les étapes de l'exécution des projets ou des programmes de santé. Elle obéit à trois (03) principes directeurs que sont :

- ▶ Les rôles inhérents au genre sont déterminants;
- ▶ Les personnes défavorisées sont prioritaires;
- ▶ La participation est fondamentale.

L'adoption de ces trois principes directeurs a comme intérêt de préciser et d'analyser les rôles et responsabilités selon le genre afin de modifier la situation d'injustices sociales existant entre les hommes et les femmes qui induisent les disparités socio-économiques, l'exclusion, l'inégalité l'iniquité, l'injustice et l'oppression.

L'application de ces principes directeurs de genre permet de formuler des questions pertinentes qui seront fondamentales en vue de trois résultats interdépendants :

- ▶ le renforcement des capacités des femmes et des hommes à prendre en main leur propre santé;
- ▶ l'amélioration de la coopération entre acteurs de la santé et populations ;
- ▶ le succès des programmes et des politiques de santé.

#### **Principe 1 : Les rôles inhérents au genre sont déterminants**

La clarification des rôles inhérents au genre est capitale lors de la formulation et la mise en œuvre de l'approche genre. En effet, le genre se réfère aux rôles et responsabilités des femmes et des hommes qui subissent l'influence des perceptions et attentes découlant de facteurs culturels, politiques, économiques, sociaux et religieux, ainsi que des coutumes, des lois, de la classe sociale, de l'ethnie et de préjugés individuels ou institutionnels

Il est désormais prouvé que le développement a de meilleures chances de se réaliser s'il s'occupe des besoins et des priorités des femmes autant que de ceux des hommes. C'est justement parce que les femmes et les hommes ont des tâches et des responsabilités différentes, ainsi que des contraintes et des moyens d'existence distincts, qu'il faut écouter les uns et les autres.

#### **Principe 2 : Les catégories défavorisées sont prioritaires**

La discrimination fondée sur le sexe, l'appartenance ethnique, la race ou toute autre caractéristique socioéconomique, a un effet de paupérisation sur les hommes et les femmes. Les pauvres ont un accès insuffisant aux ressources et aux services. Ce manque d'accès les maintient dans un état de santé précaire et dans la pauvreté.

Ce sont les personnes et les ménages n'ayant qu'un contrôle limité sur les ressources indispensables à la survie et au développement qui ont le plus de mal à satisfaire leurs besoins fondamentaux, avec la souffrance et le gaspillage de ressources humaines que cela comporte. L'application de l'approche tient compte de cette réalité et repose sur le postulat que les actions de développement doivent se concentrer surtout sur la satisfaction des besoins des plus désavantagés.

#### **Principe 3 : La participation est fondamentale.**

Ce troisième principe directeur constitue le ciment qui assure la cohésion de l'ensemble.

Par "participation", on entend un processus de communication entre les populations et les acteurs/actrices de la santé qui leur permet de prendre en charge l'analyse de la situation présente et la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des activités de développement du secteur de la santé. Pour qu'il y ait participation, il faut que les populations, femmes et hommes, puissent exprimer leur propre point de vue.

La démarche participative a pour but d'aider les populations à prendre en charge leurs propres actions de développement en utilisant l'expertise d'intervenants extérieurs.

Le développement participatif nécessite l'implication, la participation et la responsabilisation des populations pour une appropriation des programmes de santé.

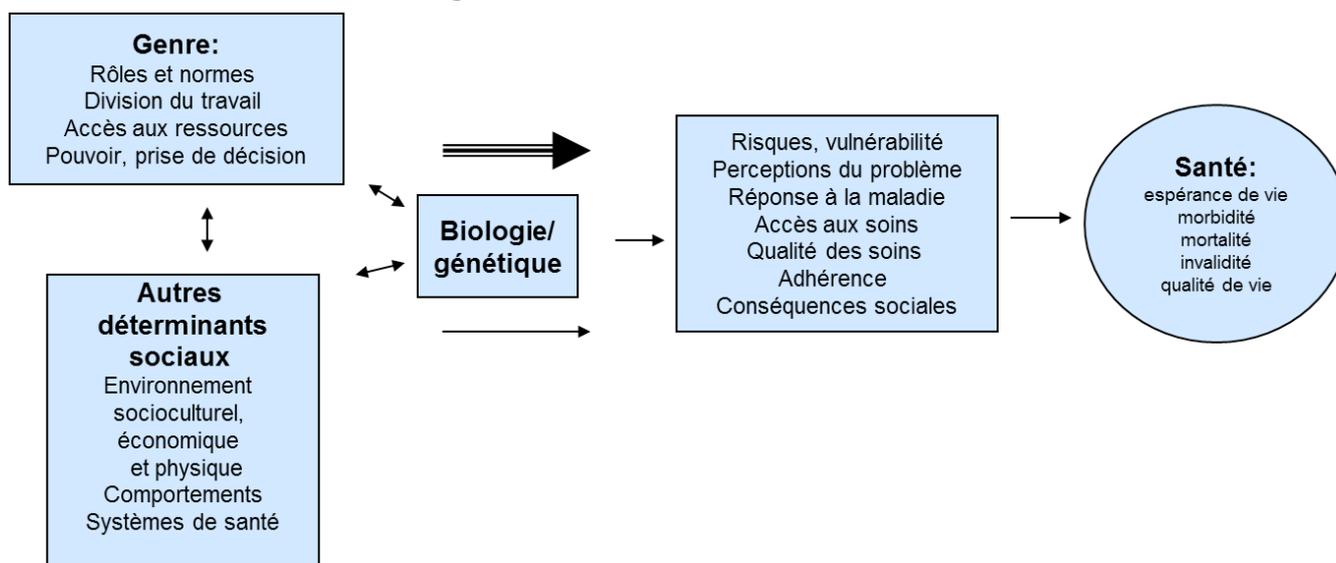
## 1.4 La plus-value de l'approche genre dans le secteur de la santé

L'approche genre vise à réduire les inégalités sociales liées au sexe. Elle promeut l'égalité des droits des chances et des opportunités d'accès et de contrôle des ressources par les femmes et les hommes.

Dans le secteur de la santé, il s'agit de tenir compte des sexospécificités (besoins spécifiques des hommes et des femmes) afin d'améliorer le bien-être de la population.

Dans cette perspective, le rôle du prestataire est d'identifier les différences liées genre ainsi que les problèmes d'inégalités qui se posent afin d'intégrer tous ces aspects dans les soins et services de santé. Le genre a donc un impact sur l'acceptabilité des services, leur accessibilité et leur caractère équitable vis-à-vis des femmes et des hommes.

### Illustration du lien entre genre et santé



## 1.5 Quelques concepts clés

### **Genre**

Terme qui se rapporte aux attributs, aux contraintes et aux opportunités économiques, sociaux, politiques et culturels associés au fait d'être un homme ou une femme. C'est un concept qui permet de comprendre les rapports entre les hommes et les femmes d'une société donnée.

### **Sexe**

Se rapporte aux différences biologiques entre les femmes et les hommes qui sont universelles, évidentes et, en général, permanentes

### **Masculinité et féminité**

Ensemble de pratiques sociales et de représentations culturelles associées au fait d'être un homme ou une femme.

### **Équité de genre**

Se réfère aux conditions d'application des principes d'égalité. Pour assurer l'équité de genre, il faut souvent adopter des mesures de discrimination positive visant à réparer les injustices historiques ou sociales qui empêchent les hommes et les femmes de profiter des chances égales.

### **Égalité de genre**

C'est l'absence de discrimination basée sur le genre. Cela signifie que les hommes et les femmes jouissent du **même statut** au sein d'une société donnée et de conditions égales pour exploiter leurs droits humains, qu'ils/elles peuvent contribuer à parts égales au développement national, politique, économique social et culturel, et qu'ils/elles peuvent en tirer profit à parts égales.

**Discrimination**

La discrimination fondée sur le genre englobe toute distinction, exclusion ou restriction établie sur la base de rôles et de normes définis par la société selon le genre des individus et empêchant une personne de profiter pleinement de ses droits humains.

**Action positive**

Un des objectifs des programmes d'action positive est de remédier aux discriminations survenues par le passé en augmentant les chances offertes aux groupes marginalisés de participer à la prise de décisions et à la mise en œuvre de politiques de manières qui leur étaient auparavant refusées...

**Intégration du genre**

Le fait de tenir compte des différences et des inégalités entre les femmes et les hommes dans la planification, l'exécution et l'évaluation des politiques, programmes et projets.

**Division sexuelle rôles**

C'est la séparation des tâches entre hommes et femmes suivant un principe de hiérarchisation

**Participation constructive des hommes**

Impliquer les hommes pour promouvoir activement l'équité entre les sexes. Idéalement, il s'agit de les faire participer en tant que clients, bénéficiaires, solidaires des femmes et agents de changement pour des normes et relations équitables.

**Autonomisation des femmes**

Le fait d'améliorer la condition des femmes pour leur donner une capacité accrue de prise de décision, d'action et d'autonomie à tous les niveaux.

NB : il n'est pas uniquement question d'accès aux ressources et moyens de production, il y a également une préoccupation de capacité d'action

**1.6 Un outil d'analyse : le continuum d'intégration du genre**

Le continuum d'intégration du genre est un cadre conceptuel qui présente les différentes approches d'intégration du genre et leurs conséquences potentielles. Elaboré par le groupe de travail inter agences sur le genre (IGWG) des nations unies, ce cadre catégorise les approches en fonction de la manière dont elles traitent les normes et les inégalités entre les genres dans la planification, la conception, la mise en œuvre et le suivi et évaluation des programmes ou des politiques.

**Les approches sensibles au genre ne sont pas uniformes ...**

**L'approche exploitatrice**

Elle utilise les normes de genre inéquitables et les relations de pouvoir inégales pour réaliser les objectifs du programme

- ▶ Elle peut sembler efficace à court terme, mais une telle approche a peu de chance d'être viable ;
- ▶ De surcroît, elle peut avoir des conséquences préjudiciables et saper l'objectif du programme.
- ▶ Les approches qui exploitent le genre sont peu recommandables pour l'intégration du genre..

**Ex :**

- Dans le cadre d'un programme de lutte contre l'excision, proposer un traitement de faveur aux exciseuses afin qu'elles n'organisent plus des excisions en groupe

- Dans le cadre d'un programme qui vise la hausse du TPC, proposer un traitement de faveur aux personnes qui ont généralement le pouvoir de décision (ex : belle famille, mari etc.) afin qu'ils donnent leur accord de manière ponctuelle, sans pour autant chercher à les convaincre de l'importance de l'espacement des naissances pour la santé de la femme et de la famille et pour les droits reproductifs et sexuels des femmes

## L'approche accommodatrice (ou de compromis)

- ▮ Reconnaît le rôle des normes de genre et les inégalités entre les genres et conçoit des actions qui s'accommodent de ces inégalités et souvent les corrigent.
- ▮ Bien que ces projets ne cherchent pas activement à changer les normes et les inégalités, ils tentent d'en limiter les impacts nuisibles sur les relations de genre.
- ▮ Elle peut être une occasion manquée dans la mesure où elle ne contribue pas expressément à renforcer l'égalité des genres ou à combattre les structures et les normes sous-jacentes qui perpétuent ces inégalités.
- ▮ Toutefois, de telles approches peuvent servir de première étape pratique vers l'intégration du genre dans les contextes où les inégalités entre les genres sont fortement ancrées et répandues dans la société.

**Ex :** - Dans le cadre d'un programme qui vise la hausse du TPC, mettre le focus sur la sensibilisation des personnes qui ont généralement le pouvoir de décision (ex : belle famille, mari etc.) afin de les convaincre de l'importance de l'espacement des naissances pour la santé de la femme et de la famille

- Dans le cadre d'un programme de lutte contre les violences conjugales, développer un discours basé sur la vulnérabilité biologique des femmes et l'équilibre de la famille pour convaincre les hommes à ne plus les violenter

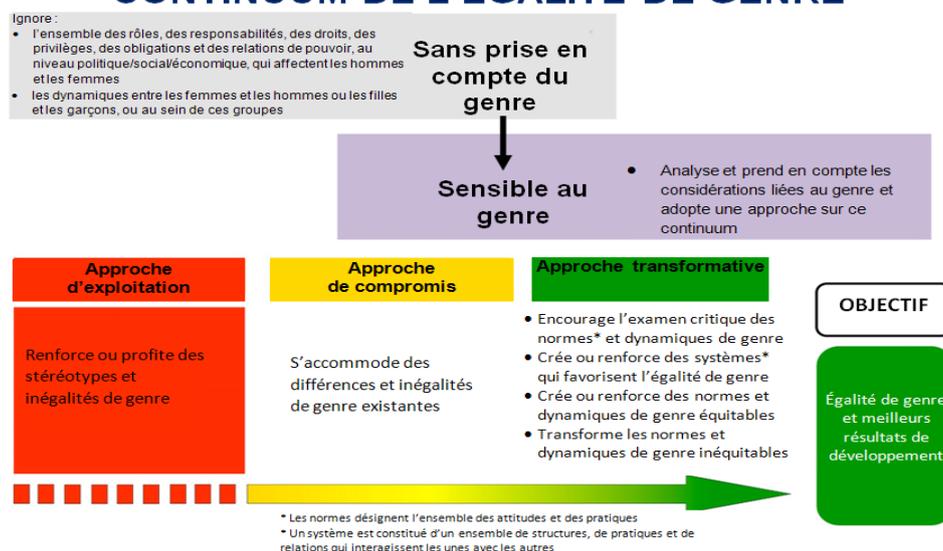
## L'approche transformatrice

- ▮ Cherche à remettre en cause et à changer les normes de genre préjudiciables et les inégalités de pouvoir entre les femmes et les hommes
- ▮ Les approches transformatrices encouragent chez les hommes et les femmes une prise de conscience critique de l'impact des rôles et des normes de genre ;
- ▮ elles prônent l'amélioration du statut des femmes ;
- ▮ elles remettent en question la répartition des ressources et des tâches entre garçons et filles, entre hommes et femmes ;
- ▮ réexaminent les relations de pouvoir entre les femmes et les autres personnes au sein de la communauté, tels que les prestataires de service ou les responsables traditionnels.

**Ex :** - Dans le cadre d'un programme qui vise la hausse du TPC, mettre le focus sur la promotion de la prise de décision autonome des femmes en matière de contraception (dynamique de reconfiguration des rapports de pouvoirs). Ce qui n'exclut pas d'impliquer l'environnement social (famille, partenaire), mais dans un discours allant dans le sens du respect des droits reproductifs et sexuels des femmes)

- Dans le cadre d'un programme de lutte contre les violences conjugales, informer les auteurs et leurs victimes potentielles de l'existence de sanctions pénales; orienter les victimes vers l'offre de prise en charge globale; autonomiser les victimes

## CONTINUUM DE L'ÉGALITÉ DE GENRE



## Chapitre 2 : Domaines transversaux en lien avec le genre et la santé

Ce chapitre aborde des perspectives transversales et novatrices dans le cadre de l'intégration de la dimension genre dans les soins. Il s'agit de la dimension handicap, des TIC et des techniques de communication

### 2.1 Genre et personnes en situation de handicap

La prise en compte du genre chez les personnes en situation de handicap est une problématique majeure pour les autorités sanitaires.

Le rapport initial sur le handicap de l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (l'A.N.S.D) de décembre 2014 renseigne qu'au niveau national, parmi la population des personnes en situation de handicap, on dénombre 88 hommes pour 100 femmes. Le handicap est donc très féminisé.

Il faut souligner que c'est la **Direction Générale de l'Action Sociale** qui est en charge de la promotion et de la protection des groupes vulnérables et des personnes en situation de handicap.

Le plan stratégique décennal 2015- 2024 de la DGAS, fait allusion au respect de l'équité et de l'égalité de genre concernant la responsabilité des collectivités territoriales.

Le handicap est défini par l'article premier **loi d'orientation sociale n° 2010-15 du 6 juillet 2010** relative à la promotion et à la protection des droits des personnes handicapées « par personnes handicapées, on entend toutes les personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut porter atteinte à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité ».

Toutefois l'article 2 de la loi d'orientation sociale garantit l'accès aux soins (gratuité des prestations de soins dans les services de santé en cas d'invalidité sévère ou de réduction des coûts, dans les services privés de santé et prévoit un projet de décret portant prévention du handicap)

L'état prend en charge les frais des appareils orthopédiques et des aides techniques nécessaires aux personnes handicapées titulaires de la « carte d'égalité des chances » qui ne bénéficient pas de couverture sociale.

L'accessibilité aux services de soins présente beaucoup de difficultés dans la mesure où les besoins spécifiques des personnes en situation de handicap ne sont pas pris en compte dans les infrastructures et équipements au niveau des structures.

Cette situation de handicap accentue davantage leur vulnérabilité en les enfermant dans un sentiment d'infériorité et de frustration développé surtout chez les femmes et les petites filles. Ces personnes ignorent bien souvent leur droits, ce qui justifie qu'elles ne trouvent pas nécessaire de dénoncer les violences basées sur le genre dont elles sont victimes.

En effet, les petites filles et femmes handicapées sont souvent victimes d'actes répétés de violences sexuelles, physiques ou psychologiques. Leur vulnérabilité accrue est liée au fait qu'elles aient plus de difficultés soit à se défendre, soit à fournir les preuves de leur agression. Il s'y ajoute la pesanteur de croyances socioculturelles qui en font des cibles privilégiées de certaines pratiques mystiques.

Dans la SRMNIA et la lutte contre la maladie, la femme en situation de handicap doit être traitée par rapport et ses spécificités et à ses besoins particuliers. Par ailleurs, l'hygiène des femmes en situation de handicap contribue à améliorer leur santé, surtout l'hygiène menstruelle.

Toute cette volonté politique à assurer l'égalité des chances devra désormais prendre en compte le genre dans ses articulations. Les personnes en situation de handicap devront désormais bénéficier de soins prenant en compte leurs spécificités. Cette sensibilité devra se manifester aussi bien au niveau des infrastructures que dans l'attitude des prestataires de soins.

### 2.2 Intégration de la dimension genre dans les TIC (E-santé)

Le plan directeur informatique du ministère de la santé et de l'action sociale ouvre des perspectives sur l'utilisation efficace des technologies de l'information et de la communication (tic) pour améliorer l'offre des soins de qualité, à des coûts moins élevés, et pour une meilleure gouvernance sanitaire conformément aux objectifs du PNDS II.

Le développement et la mise en œuvre réussis de ce plan fortifieront les changements culturels nécessaires pour renforcer les relations de collaboration en vue d'améliorer la gouvernance sanitaire, les soins de santé, la recherche et l'innovation.

Une mise en œuvre correcte de ce plan permettra de mieux organiser l'informatique du secteur (infrastructures, réseaux, systèmes, etc.) Et par conséquent au soutien des politiques de santé (utilisation des technologies de l'information et de la communication pour renforcer les programmes de santé prioritaires).

Avec le tic les prestataires de soins pourront obtenir des formations sur des logiciels mise en place par les techniciens de la cellule informatique du ministère de la santé et de l'action sociale. La mise en place d'une plateforme mobile d'alerte et gestion des épidémies (minfosanté) pour les prestataires de soins.

### **2.3 Genre et techniques de communication**

La communication est le maillon faible au niveau services d'accueil des structures sanitaires. En effet, la plupart des préposés à l'accueil n'ont en général aucune formation en matière de communication avec les usagers.

L'accueil est le premier point ou espace de contact avec les usagers qui arrivent dans les structures sanitaires. A ce titre, la façon dont ces usagers sont reçus est d'une importance capitale dans la mesure où elle se répercute inévitablement sur le reste de la prise en charge. C'est dire que la première impression générée chez le patient et son accompagnateur reste gravée dans leur cœur et leur esprit.

A cet égard, certaines attitudes s'avèrent intolérables. Le comportement du personnel préposé à l'accueil ne doit par exemple en aucun cas être influencé par l'apparence ou la situation socioéconomique des patients. La considération et l'écoute attentive doivent ainsi être les mêmes pour tous. L'orientation des usagers devrait prendre en charge les besoins sexospécifiques des usagers ce qui n'est pas forcément le cas dans le dispositif d'orientation des structures sanitaires au Sénégal. ce dispositif doit intégrer des images d'illustration des services pour les personnes qui ne savent pas lire et prédisposé un personnel dédié à l'interprétation du langage des signes et à l'accompagnement physique des femmes en état de grossesse.

La vulnérabilité du patient diminué par la maladie qui arrive dans la structure de santé et qui a besoin d'être apaisé et assuré mérite une attention particulière dès l'accueil.

Pour l'atteinte des comportements attendus, la mise en place d'un programme de renforcement de capacité en communication et en genre est indispensable.

## **Chapitre 3 : Accessibilité, Accueil et Orientation**

Ce chapitre aborde la question de l'accessibilité des soins de santé dans une perspective géographique et également financière, avec une insistance sur les opportunités de mutualisation. Il aborde également la question des pesanteurs socioculturelles limitant l'accès aux soins.

### **3.1 Accessibilité aux soins et services de santé**

L'accessibilité aux soins et aux services est appréciée sous les angles financier, géographique et socioculturel.

Cette accessibilité peut être définie comme la possibilité offerte aux populations de bénéficier des soins de qualité à chaque fois que de besoin du fait de la proximité des structures, des coûts abordables des prestations, des facilités de communications et de l'existence de manière globale de repères socioculturelles pour les patients dans l'espace des prestations de soins et services

#### **3.1.1. Accessibilité géographique**

La carte sanitaire du système de santé du Sénégal prévoit l'existence de structures de santé par zone géographique afin d'avoir une couverture sanitaire nationale.

Toutefois l'accès au service de santé peut devenir une trajectoire complexe et éprouvante que les populations en général. Il n'est pas rare que des patients subissent des complications évitables, voire décèdent, du fait de l'éloignement ou de la difficulté d'accès des structures de santé.

Toutefois l'accès au service de santé peut devenir une trajectoire complexe et éprouvante, particulièrement pour les personnes vulnérables (personnes handicapées, femmes enceintes etc.).

En effet les services obéissent rarement aux normes internationales d'accessibilité des édifices et bâtiments.

### **3.1.2. Accessibilité financière**

La précarité économique est une réalité dans beaucoup de zones couvertes par la carte sanitaire. Il faut noter que même si cette précarité touche les deux sexes, les femmes constituent la couche vulnérable la plus pauvre. Il s'avère que même lorsque les tarifs de consultations sont acceptables, d'autres coûts nettement plus importants sont à la charge des patient-e-s. Il en est ainsi des analyses, ordonnances, charges supplémentaires des consultations prénatales sans compter le transport du malade et de l'accompagnant.

### **3.1.3. Genre et mutualisation**

#### **3.1.3.1. Initiative de gratuité des soins**

A travers la politique de couverture maladie universelle mise en place en 2013, l'Etat du Sénégal vise un développement économique et social inclusif.

Le plan stratégique de développement de la couverture maladie (PSD-CMU) 2013-2017 vise un objectif de 75% de couverture de la population à l'horizon 2017 et est articulé autour des axes suivants : le développement de la couverture maladie universelle de base à travers les mutuelles de santé ; la réforme de l'assurance maladie obligatoire à travers la mise en œuvre du décret 2012 – 832 du 07 août 2012 portant organisation et fonctionnement des institutions de prévoyance maladie (IPM) ; le renforcement des politiques de gratuités existantes (plan sésame, césarienne, dialyse...) ; la mise en œuvre de la nouvelle initiative de gratuité des soins pour les enfants de 0- 5ans.

#### **3.1.3.2. Utilité des mutuelles de santé**

Avec l'avènement des mutuelles de santé, les rôles en matière de santé familiale antérieurement dévolus exclusivement aux femmes, sont en pleine mutation et sont désormais partagés entre homme et femme au sein du couple. Les mutuelles de santé entrent dans la sphère privée et transforment les rapports hommes et femmes autour de la santé où les hommes prennent de plus en plus une place prépondérante dans les soins de santé familiale.

La majorité de la population peine encore à accéder aux soins de santé et surtout à des soins de qualité. Les disparités d'accès aux soins de santé sont toujours prégnantes.

En effet, le coût d'accès élevé aux soins de santé modernes combiné au paiement direct chez les ménages pauvres constitue une barrière essentielle à l'accessibilité aux soins.

De ce fait, les inégalités d'accès aux soins et services de santé pour les ménages constituent un problème central en matière de santé publique. C'est dans un tel contexte marqué par un accès différentiel aux soins et services de santé pour les populations en fonction du niveau de protection socio-sanitaire que les mutuelles de santé apparaissent comme un mode de financement alternatif au système de soins. Dans ce sens, il est essentiel que les prestataires de soins et services soient à même de comprendre et d'informer les populations sur l'intérêt d'adhérer aux mutuelles de santé pour réduire les risques financiers associés à la maladie.

A travers le projet de renforcement du système de santé plus du programme santé de l'USAID (2016-2021), il est prévu d'intégrer des activités qui favorisent le leadership des femmes dans les conseils des mutuelles pour une meilleure prise en charge de leur santé.

De plus, l'adhésion aux mutuelles ainsi que leur bon fonctionnement créera également une opportunité en matière de communication et d'information sur les bonnes pratiques en matière de santé. Cela donnera l'occasion d'utiliser aussi bien les hommes que les femmes pour transmettre des messages, et sensibiliser les deux sexes sur les questions de vulnérabilités en matière de santé.

L'information sur la gratuité des soins est un défi majeur à relever pour une bonne prise en compte des besoins spécifiques des femmes et des enfants et une bonne prise en charge de ces bénéficiaires.

#### **3.1.4 Les pesanteurs socioculturelles limitant l'accès aux soins**

La prise en compte des déterminants socioculturels est une nécessité, pour une analyse plus complète de l'accessibilité.

A titre d'exemple,, certaines croyances interdisent aux femmes de voyager seules même pour des soins et services de santé. Une grande contrainte s'avère être également la négligence de la santé des personnes handicapées. Ces personnes, surtout lorsqu'elles sont de sexe féminin, ont tendance à être considérées comme une charge pour la famille

## 3.2 Accueil et orientation

### 3.2.1 Etat des lieux

L'accueil aux soins représente pour de nombreux patients la première « épreuve ». En plus des problèmes de convivialité qui se posent, il y a celui de la quasi-absence de personnel à certaines heures. Il se pose par ailleurs un déficit dans la communication avec les patients. Tous ces éléments rendent difficile la bonne compréhension de leurs besoins spécifiques et leur orientation vers les services pertinents.

L'orientation devrait être prise en compte par un bureau spécial avec des agents bien formés chaleureux et empathique.

Depuis des années des stratégies sont menées au niveau central pour régler ce problème de l'accueil et l'orientation dans les structures sanitaires.

Plusieurs chantiers de qualité ont été menés notamment par la direction des établissements de santé par les programmes changer 1 (conduire l'hôpital à un niveau gagnant avec la réforme hospitalière) et changer 2 qui met le focus sur l'amélioration de la qualité des services dans les EPS. Il s'appuyait sur des chantiers qualité animés par des référents qualité, coordonnés par des comités de pilotage d'établissement et encadrés par un comité national de suivi. Mais ces chantiers ne concernaient que les établissements publics de santé.

Par la suite, le programme qualité par la méthode des 5s a été mis en œuvre au niveau des EPS puis s'est étendu à tout le secteur de la santé.

Des formations ont été faites au niveau stratégique et au niveau opérationnel en mettant le focus sur le changement de comportement ou « la positive attitude ».

Mais il demeure néanmoins évident, que parfois la responsabilité des acteurs du secteur de la santé est engagée lorsque :

- Les capacités d'accueil des SAU sont réduites,
- Le personnel spécialisé est insuffisant ;
- Certaines pathologies sont spécifiques et leur prise en charge requiert un certain niveau de spécialisation (neurologie, neurochirurgie etc.) ...la liste n'est pas exhaustive.

### 3.2.2 Mesures correctrices prises par le MSAS

Le ministère en charge de la santé a mis en place récemment un comité de gestion des urgences dont le rôle est de réfléchir sur une meilleure prise en charge des usagers dans les SAU.

Parmi les mesures prises on peut citer :

- La mise aux normes des SAU existant et la création de SAU dans les EPS qui n'en disposent pas ;
- La nomination d'un MAO (médecin organisateur des urgences responsable du SAU et qui est le coordonnateur ;
- D'un IOA (infirmier organisateur des urgences ; chargé de faire le tri des malades admis en urgences ;
- Le codage en couleur des SAU (pour distinguer les urgences vitales aux urgences médicales)
- Le renforcement de capacités du personnel des SAU sur l'accueil et l'orientation des usagers etc.
- Un dispositif de régulation est mis en en coordination avec le SAMU qui est un établissement public de santé non hospitalier. En plus il est demandé à tous les EPS de faire journalière la situation de la disponibilité litière au niveau des EPS pour un meilleur suivi de la régulation par le SAMU.
- Au niveau périphérique, il y'a également un projet de création de SAU au niveau de tous les districts sanitaires du Sénégal.
- Le système de santé a besoin d'opérer un changement de comportement radical et revoir les approches méthodologiques qui jusqu'à présent n'ont pas apporté une valeur ajoutée significative dans la qualité de l'accueil et l'orientation surtout dans les SAU.
- La cellule genre à travers son guide de formation des prestataires de soins et de services va mettre

l'accent sur une meilleure prise en compte du genre dans toutes les interventions.

Un dispositif de régulation est mis en en coordination avec le SAMU qui est un établissement public de santé non hospitalier. En plus il est demandé à tous les EPS de faire la situation de la disponibilité litière au niveau des EPS pour un meilleur suivi de la régulation par le SAMU.

Au niveau périphérique, il y'a également un projet de création de SAU au niveau de tous les districts sanitaires du Sénégal.

Le système de santé a besoin d'opérer un changement de comportement radical et revoir les approches méthodologiques qui jusqu'à présent n'ont pas apporté une valeur ajoutée significative dans la qualité de l'accueil et l'orientation surtout dans les SAU.

La cellule genre à travers son guide de formation des prestataires de soins et de services va mettre l'accent sur une meilleure prise en compte du genre dans toutes les interventions.

# **MODULE 2**

## **INTEGRATION DU GENRE DANS LA SRMNIA**

## Présentation du module :

Le Sénégal a adopté le concept de Santé de la reproduction tel que défini par la conférence Mondiale sur la population et le développement (CIPD) de 1994 au Caire.

La santé de la reproduction est un état de bien être complet physique; mental et social et ne consiste pas à l'absence de maladies ou d'infirmité pour tout ce qui touche l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement.

La Santé de la reproduction suppose qu'une personne peut mener une vie sexuelle responsable, satisfaisante et sans risque, qu'elle est capable et libre de procréer selon son choix, ainsi que d'utiliser les méthodes de régularisation des naissances qui ne sont pas contraire à la loi. Ceci est sous tendu par le droit à l'information sur la régularisation de la fécondité autant pour les hommes que pour les femmes.

La vision de la SRMNIA repose sur la Stratégie mondiale de santé maternelle, néonatale, infanto-juvénile et des adolescents/jeunes 2016-2020

Elle est alignée aux orientations de la Stratégie Mondiale « Every Woman Every Child » 2016-2030, mais aussi aux cibles du plan mondial « Chaque nouveau- né ».

Cette vision s'inscrit dans la poursuite de l'objectif prioritaire numéro 1 du PNDS :

un monde dans lequel chaque femme, chaque enfant et chaque adolescent dans quelque situation que ce soit jouissent de leur droit à la santé et au bien-être physique et mental, ont des perspectives sociales et économiques, et peuvent participer pleinement à l'édification de sociétés prospères et pérennes. »

Ce module vise à : amener les prestataires à intégrer la dimension genre dans l'offre de services de SRMNIA.

## Chapitre 1 : Généralités sur l'intégration du genre dans la SRMNIA

### 1.1 Influence du genre sur les résultats de la SRMNIA

Le Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDS) et le Programme de Développement Intégré de la Santé (PDIS) traduisent la volonté du Gouvernement de rendre, dans un souci d'équité, les services sociaux sanitaires de base accessibles à toutes les composantes de la population, quelle que soient leur pouvoir économique et leur zone de résidence.

L'état de santé des femmes, des hommes, des filles et des garçons est également influencé par le sexe. Les inégalités prévalentes entre les sexes au niveau des ménages, des communautés et des établissements de santé sont des déterminants clés de la SRMNIA. L'impact des questions liées à l'égalité des sexes varie selon le contexte socio culturel, néanmoins trois groupes de questions de genre et d'obstacles sont toujours omniprésents et ont des conséquences directes sur l'accès et l'utilisation des services et les résultats de la SRMNIA :

- ▮ Le faible statut social et l'autonomie limitée des femmes et des filles qui entraînent :
- ▮ Le fardeau de travaux domestiques pour les femmes et les filles
- ▮ Le taux élevé de mariage d'enfants et de maternité précoce
- ▮ Les restrictions sur l'autonomie, la mobilité et la prise de décision des femmes et des filles au niveau des ménages pour la recherche des informations et des services de SRMNIA
- ▮ Le manque d'accès et de contrôle des femmes et des filles aux ressources financières ;
- ▮ Le taux élevé de violences basées sur le genre
- ▮ Le faible niveau d'instruction des femmes et des filles
- ▮ La faible connaissance des femmes, hommes des filles et des garçons sur la SRMNIA

Les traditions patriarcales existantes conduisant à un manque ou à peu de soutien des hommes en SRMNIA :

- ▮ La SRMNIA étant considérée comme une préoccupation exclusive des femmes,
- ▮ La Faible connaissance des hommes et des garçons à propos des risques et des questions relatives

à la SRMNIA,

▮ La Faible participation des hommes et des garçons à la planification et à la participation à l'accouchement,

▮ Le faible soutien des hommes aux femmes et aux filles dans le continuum de soins SRMNIA

Les insuffisances dans la prestation des services de santé intégrant le genre :

▮ Ressources humaines inappropriées et culturellement problématiques ;

▮ Manque d'intimité et de confidentialité ;

▮ Exclusion des hommes (qui les met mal à l'aise à s'engager activement dans la SRMNIA) ;

▮ Insuffisance dans les structures sanitaires d'infrastructures et d'équipements adaptés aux besoins des hommes, des femmes et des personnes handicapées ;

▮ Manque de toilettes et de salles de bains séparées pour les hommes/garçons et les femmes/filles ;

▮ Attitudes inappropriées et stigmatisantes des prestataires (particulièrement envers les adolescent(e)s) ;

▮ Fragmentation des services.

## 1.2 L'élaboration de documents de référence intégrant le genre

Plusieurs documents ont été élaborés par le ministère pour faciliter l'intégration du genre dans les prestations de soins :

▮ Le Plan stratégique de la santé de la reproduction maternelle, néonatale, infantile et des adolescents (SRMNIA 2016-2020)

▮ Le Plan stratégique de santé sexuelle et de reproduction des Adolescent(e)s/jeunes 2014-2018;

▮ Le Plan d'Institutionnalisation du Genre (PIG) au MSAS

▮ La stratégie nationale pour équité et l'égalité de genre (2016-2026)

## Chapitre 2 : Offre de services SRMNIA intégrant le genre

L'accès à l'information et aux services de qualité de planification familiale, de survie de l'enfant de santé de la mère et du nouveau-né, de SRAJ, de nutrition et alimentation, demande la disponibilité de services de qualité. A cet effet les prestataires doivent être mis dans les conditions de travail pour le respect des normes et protocoles. Tout PPS offrant les services de SRMNIA devra mettre à la disposition du personnel de santé au moins, les infrastructures répondant aux normes, les documents de référence et le matériel nécessaire.

### 2.1 Les insuffisances de la prise en compte du genre dans l'offre de services SRMNIA

- L'insuffisance dans la qualité de la surveillance de la grossesse et de la prise en charge des avortements : le principal défi par rapport à la qualité de l'offre concerne la précocité des CPN. Or la plupart des femmes ne font pas leur première CPN dans les délais requis et éprouvent des difficultés à recourir à des soins précoces en cas d'urgence du fait des barrières socio-culturelles et financières (faible pouvoir de décision des femmes et dépendance socio-économique de la femme vis-à-vis du mari...).

- Le faible taux d'utilisation des contraceptifs et les comportements sexuels à risque chez les Adolescents(e)s et jeunes : près de 47 % d'adolescentes de 15-19 ans ont eu des rapports sexuels avec un partenaire plus âgé qu'elles d'au moins dix ans (EDS continue ???). Les rapports sexuels intergénérationnels exposent davantage les filles au risque de contracter le VIH du fait de leur faible capacité à négocier l'utilisation du préservatif dans une relation où le pouvoir de l'homme l'emporte sur la faible prise de décision de la fille. (*K. Hawkins et al., Milking the Cow: Young Women's Constructions of Identity, Gender, Power and Risk in Transactional and Cross-Generational Sexual Relationships, Maputo, Mozambique ( Londres: Options/PSI, 2005)*). Afin d'éviter les IST, l'infection à VIH et les grossesses précoces ou non désirées, il est généralement demandé à l'adolescent(e) ou au jeune sexuellement actif d'adopter des comportements responsables tels que l'abstinence, l'utilisation des préservatifs lors des rapports sexuels occasionnels, la fidélité à son ou sa partenaire. Parmi les jeunes célibataires de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels,

seuls 40,2 % des filles et 63,6 % des garçons ont utilisé un condom masculin au cours des derniers rapports sexuels.

-L'insuffisance de personnel qualifié (sage-femme, infirmier(ère), gynécologue) : en milieu rural c'est une couverture actuelle de 1 SFE/3371 FAR, loin des normes de l'OMS qui fixent une couverture de 1 SFE/300 FAR. Cette réalité semble découler des incidences des politiques d'ajustement notamment sur le recrutement des SF et infirmier(ère)s

- le coût élevé des prestations de services par rapport au faible pouvoir économique des femmes et des filles.

La propagation de tels facteurs de risques trouve un terrain favorable dans la précarité des conditions de vie. La pauvreté, la faiblesse des revenus, l'analphabétisme des mères, les mauvaises conditions d'hygiène, les contraintes d'accès à l'eau et surtout à l'eau potable sont de nature à entretenir les maladies infectieuses et parasitaires de l'enfance, la diarrhée, le paludisme, etc.

Les autres facteurs qui affectent la santé des femmes sont principalement la fécondité élevée, le manque d'information sur la santé de la reproduction et la maîtrise de leur corps, un mauvais état nutritionnel lorsqu'elles sont en état de grossesse (anémies nutritionnelles), la précocité de la première grossesse (avant 19 ans), la persistance des pratiques néfastes telles que les mutilations génitales des femmes malgré la loi 99-05 du ?????????? 1999.

## **2.2 Attitudes et aptitudes du prestataire pour l'offre de services de SRMNIA de qualité**

Pour assurer l'offre de services de SRMNIA, il est nécessaire de prendre en compte les six dimensions de soins de qualité : sécuritaires, efficaces, axés sur les patients, opportuns, efficaces et équitables. Leur prise en compte reflète le changement dans la façon dont nous percevons la qualité des soins qui n'est pas la seule responsabilité des professionnels de la santé et des établissements individuels, mais relève désormais de l'ensemble du système.

Pour améliorer l'offre de services de SRMNIA de qualité, il est primordial de renforcer les attitudes et aptitudes des prestataires dans l'offre de services intégrant la dimension genre.

## **2.3 Les caractéristiques attendues des services offerts en vue de satisfaire les droits des clients**

Les services de SRMNIA offerts aux client(e)s doivent être attrayants, conviviaux et privilégier une approche globale et intégrée. Ils tiennent compte du contexte culturel, social, économique et politique. Ces prestations doivent tenir compte des besoins spécifiques des client(e)s, de leur disponibilité géographique financière, de temps etc. Les prestataires doivent être formés, pour exercer ces services dans des locaux adéquats et à tous les niveaux du système de santé y compris dans le secteur privé. Les principes de la qualité des services exigent le respect des droits des clients.

### **Droits du client(e)**

Tout client (e) a droit à :

1. L'information: connaître les avantages et la disponibilité
2. L'accès: obtenir des services sans considérations de sexe, religion, couleur, statut civil ou adresse
3. Au choix: décider librement de pratiquer ou non une méthode de PF
4. La sécurité: pouvoir pratiquer un service de qualité efficace et sans risque
5. L'intimité: disposer d'un environnement d'intimité pendant le counseling et service
6. La confidentialité: avoir l'assurance que toute information personnelle restera confidentielle
7. La dignité: être traité avec courtoisie, considération, et attention
8. Le confort: être confortable en recevant les services
9. La continuité: recevoir les services et médicaments aussi longtemps que nécessaire
10. L'opinion: exprimer son point de vue sur les services offerts

## 2.4. Connaissances et compétences requises des prestataires

Le personnel doit être compétent avec les atouts suivants:

- ▶ avoir un jugement clinique approprié au besoin des clients(e)s;
- ▶ avoir des compétences avérées en CIP sensible au Genre ;
- ▶ avoir de l'empathie ;
- ▶ être capable de fournir les informations requises en SRMNIA ;
- ▶ avoir la compétence nécessaire pour exécuter les normes et protocoles ;
- ▶ avoir la capacité de reconnaître les problèmes ou potentiels réels pour une meilleure prise en charge du client (e);
- ▶ avoir la capacité d'appliquer les protocoles appropriés, en réponse aux effets indésirables, y compris où/et quand référer les clientes/clients.

## 2.5. Les éléments clés de l'offre de services SRMNIA intégrant la dimension genre

L'offre de service de SRMNIA doit être disponible à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Ainsi, les agents de santé formés sont habilités à fournir l'offre de services sensibles au genre en assurant :

- ▶ la référence pour les cas suspects d'infertilité ou d'infécondité ;
- ▶ le continuum de soins en : CPN recentré, accouchement, accouchement à style libre, SENN, CPON, SAA, fistules obstétricales, cancer du sein et de l'utérus et pratiques culturelles néfastes (l'excision) touchant la cible femme en particulier ;
- ▶ le respect du calendrier vaccinal, des règles d'hygiène, des médicaments, etc.).

L'offre de services doit être intégrée aux stratégies avancées et mobiles. Les éléments suivants sont indispensables à l'offre de services de qualité :

- ▶ Les soins personnalisés
- ▶ Le respect de la dignité
- ▶ Le temps d'attente raisonnable
- ▶ L'Information des client (e) s sur toutes les méthodes de PF disponibles
- ▶ La Propreté des points de prestation de services (PPS)
- ▶ Le circuit des client (e)s bien organisé
- ▶ L'offre continue de services SRMNIA, et satisfaction des besoins particuliers des client(e)s
- ▶ L'intégration des services
- ▶ L'identification systématique des besoins des clients
- ▶ La disponibilité du matériel technique et les consommables
- ▶ La supervision est aussi un élément de qualité. Elle doit être formative, régulière
- ▶ La disponibilité du paquet minimum de soins en santé maternelle, néonatale, infantile et santé des Adolescents et jeunes à tous les niveaux du système de santé y compris les soins après avortement, la prévention et la prise en charge de la malnutrition, du VIH, du paludisme, des fistules, MGF etc.

## **2.6. La prise en charge des clients(e)s pour couvrir les besoins non satisfaits en PF**

### **2.6.1. L'accès à la planification familiale est considéré comme faisant partie des droits de l'homme et comme un moyen de donner aux femmes un plus grand choix dans la vie**

Tout couple et tout individu a le droit fondamental de décider librement et en toute responsabilité du nombre de ses enfants et de l'espacement des naissances, d'être suffisamment instruit et informé de ces questions et de bénéficier de services adéquats. Toutefois des contraintes persistent au niveau de l'offre et de la demande :

- ▶ La perception de la PF chez les hommes est toujours mitigée : 50% des 25-55 ans estiment que les personnes qui utilisent la PF finissent par avoir des problèmes de santé (Rapport de la campagne communication PF).
- ▶ Le niveau de connaissance des femmes sur la PF toujours faible : 60% des femmes n'ont entendu aucun message sur la PF ni à la radio, ni TV ni dans les journaux. (Rapport de la campagne communication PF).

### **2.6.2 Veiller à l'organisation du travail**

L'organisation des locaux doit permettre de garantir, l'accès surtout pour les personnes à mobilité réduite, l'intimité, la confidentialité, la disponibilité et le respect des droits des clients(e) relatifs à l'offre des services de SRMNIA depuis l'accueil, la consultation, l'achat des produits, jusqu'à l'administration de ces produits. En particulier lors de la consultation pré et post natale, les soins après avortement, la consultation primaire curative et la prise en charge globale du nourrisson, de l'enfant, de l'adolescent et cela tous les jours ouvrables.

## **2.7. Offre de services de qualité adaptés aux ados/jeunes**

- **Dans le secteur public** : l'offre de services des adolescents et jeunes n'est pas adaptée (insuffisance dans l'aménagement d'espace ado/jeunes au niveau des PPS, non intégration des services PF avec les autres services, insuffisance dans l'accès des adolescents aux services PF du fait de la stigmatisation dont les filles et les garçons sont souvent victimes .

L'offre de services doit se faire selon les standards :

### **Standard 1**

Au niveau du PPS, tout(e) adolescent(e) ou tout(e) jeune, quelles que soient les circonstances, doit avoir accès aux informations et aux conseils appropriés à son état de santé, son développement et ses droits.

### **Standard 2**

Tout point de prestation de service (PPS) est organisé pour offrir à tout(e) adolescent(e) et jeune des services de qualité adaptés à ses besoins.

### **Standard 3**

Tous les prestataires ont les connaissances, les compétences et les attitudes positives (requis) pour offrir des services adaptés aux besoins des adolescent(e)s et des jeunes.

### **Standard 4**

Les membres de la communauté y compris les adolescent(e)s et jeunes facilitent la mise en place et l'utilisation des services de santé par les adolescent(e)s/jeunes; Standard 5 Le système de gestion des services de santé prend en compte de façon appropriée les aspects liés à la SRAJ et au genre ;

### **Standard 5**

Le système de gestion des services de santé prend en compte de façon appropriée les aspects liés à la SRAJ et au genre

## 2.8. Infrastructures et équipements adaptés au genre

Afin de garantir la qualité des services pour tous, les structures sanitaires doivent se réorganiser pour offrir des services de qualité adaptés aux besoins des populations. Ces services doivent être : accessibles, acceptables, équitables, appropriés, intégrés, complets, efficaces, efficaces et continus.

Ainsi il s'agira de rendre les services et activités accessibles à tous les groupes y compris les groupes vulnérables, sur le plan géographique et financier, acceptables sur le plan socioculturel et religieux.

Pour des services de qualité, le lieu de travail doit garantir :

- ▶ l'intimité
- ▶ le confort
- ▶ la sécurité
- ▶ la bonne circulation des bénéficiaires

Le renforcement des équipements et des infrastructures par :

- ▶ disponibilité des blocs SOU (SONUB et SONUC) pour assurer une meilleure PEC des femmes et des enfants
- ▶ relèvement du plateau technique et du renforcement du matériel
- ▶ multiplication des points de prestation de services

## 2.9. Gestion de la référence et contre référence

Pour assurer la continuité et la qualité des services, un système de référence et de contre référence doit être établi entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire. Le mécanisme de référence adapté au genre, doit prendre en compte le besoin de confidentialité, de dignité et de respect des client(e)s en SRMNIA.

La structure qui réfère doit :

- ▶ accompagner toute référence d'une fiche de liaison sensible au genre, dûment remplie suivant les normes et protocoles
- ▶ mettre en place un registre d'évacuation avec prise en compte du genre (sexe, particularités....)
- ▶ disposer d'une ambulance appropriée, accessible, abordable et respectueux
- ▶ (si l'ambulance n'est pas disponible, utiliser le moyen de transport disponible dans la communauté), avec accompagnement par un agent de santé
- ▶ avertir (par téléphone, si possible) le niveau qui reçoit
- ▶ participer aux coûts des prestations des cas référés
- ▶ faire la promotion de la CMU

La structure d'accueil doit :

- ▶ posséder un plateau technique capable de prendre en charge les cas référés
- ▶ remplir et collecter les fiches de liaisons sensibles au genre
- ▶ analyser les cas et faire le feed-back individuel et collectif

Les éléments suivants sont essentiels au bon déroulement du processus de référence et à la prise en compte du genre :

- ▶ Être clair sur votre rôle, vos responsabilités et vos limites
- ▶ Avoir les protocoles de soins pour les conditions et le niveau de référence facilement disponibles
- ▶ Disposer de moyens de communication et de transport adaptés
- ▶ Effectuer la communication par le biais du formulaire de référence ou par radio, téléphone ou fax (selon les disponibilités)
- ▶ Fournir une ambulance ou s'assurer qu'un autre moyen de transport adéquat existe au niveau communautaire.

## **Chapitre 3 : Promotion et Prise en charge de la SRMNIA au niveau communautaire**

### **3.1. Prise en charge de la SRMNIA au niveau communautaire**

#### **3.1.1. Définition**

Les services à base communautaire sont une approche d'offre de services de santé qui s'appuie sur des personnes issues de la communauté, choisies par la communauté et formées pour offrir des services de qualité à ses membres. Sous la supervision et l'encadrement des professionnels de la santé, ces acteurs communautaires s'attellent à renforcer l'extension de l'accès aux services de santé de qualité et à promouvoir la demande.

#### **3.1.2. Composantes**

L'approche de l'offre de service à base communautaire est transversale et concerne quatre (4) domaines:

1. La santé de la femme et du nouveau-né
2. La santé de l'enfant
3. La santé des Adolescents(e) et jeunes
4. La santé des hommes

Elle couvre les composantes suivantes :

##### **Santé maternelle :**

- Maternité à moindre risque y compris les SONUB et les SONUC
- Surveillance de la grossesse, de l'accouchement et du post partum
- Santé péri et néonatale
- Soins essentiels du nouveau-né, les soins spécifiques (réanimation néonatale, maintien de la température ,allaitement maternel exclusif dans l'heure qui suit la naissance, prise en charge du nouveau-né de faible poids de naissance, prise en charge du nouveau-né malade)
- Soins à domicile pour la mère et le nouveau-né
- Visite à domicile intégrée (VADI)

##### **Planification familiale :**

- Contraception à travers l'offre de méthodes
- PEC des cas d'infertilité et d'infécondité
- PEC des IST et du VIH/SIDA

##### **Santé de la reproduction des ado/jeunes et Santé sexuelle :**

- Communication et plaidoyer
- Offre de services SRAJ
- Partenariat
- Environnement législatif et promotion des droits humains
- Elimination des pratiques néfastes a la santé
- Mutilations génitales féminines /excision
- Fistules obstétricales
- Intégration des aspects genre et droits humains.
- Education à la santé sexuelle

Les services à base communautaire de SRSE sont le personnel communautaire répondant aux critères définis dans les normes de SBC et formés à cet effet. Il peut s'agir des acteurs communautaires de promotion et de prévention (bajenu gox, relais et tradipraticiens formés) ou d'acteurs communautaires de soins (matrones, DSDOM et ASC).

## **3.2. Implication de la communauté dans la promotion de la SRMNIA**

### **3.2.1. Communication pour un changement de comportement**

**Définition :** Le changement de comportement est un processus d'amélioration des compétences des populations menant à l'adoption d'un comportement réfléchi et responsable dans le domaine de la santé de la reproduction. C'est un processus long et complexe.

La communication pour le changement de comportement (CCC) vise à :

- ▶ amener la population à adopter un changement responsable en matière de SRMNIA
- ▶ augmenter la demande des services SRMNIA
- ▶ contribuer à l'augmentation du taux d'utilisation des services de SRMNIA

La Communication pour un Changement de Comportement comprend :

- ▶ Le plaidoyer
- ▶ La mobilisation sociale
- ▶ L'information de la population à travers les réseaux sociaux et de communication locale (les groupements de femmes, les mouvements de jeunes etc.)
- ▶ Le renforcement de la collaboration entre les structures de santé et les structures de communication afin de résoudre les problèmes locaux par des solutions locales.
- ▶ La communication interpersonnelle (causerie, VAD, counseling, entretien individuel)
- ▶ La communication de masse
- ▶ Le marketing social

### **3.2.2. Les Stratégies novatrices au niveau communautaire**

Au Sénégal d'autres stratégies novatrices prenant en compte les sexes sont développées.

- ▶ Il s'agit : du Programme "bajenu gox"
- ▶ les stratégies « Nijayou Gox », grands-mères, cercle de solidarité des femmes enceintes, care group
- ▶ Les CVAC (comité de veille et d'alerte communautaire)
- ▶ La MAFE (maison d'accueil pour femmes enceintes) implication des communautés dans la PEC des différentes cibles de la SRMNIA
- ▶ Ecole des maris (implication des hommes dans la promotion de la PF dans certaines localités)
- ▶ Le Commcare : intégration d'une application android pour le suivi des femmes enceintes

Intégration du Genre dans les Programmes à base communautaire doit reposer sur :

- ▶ Elaboration de supports de communication SRSE intégrant le genre ;
- ▶ Implication de la communauté dans l'accès des adolescent (e) et jeunes aux informations appropriées sur la SRAJ et aux services conviviaux ;
- ▶ par la mise en place de l'école des Maris
- ▶ Implication de la communauté dans l'accès des femmes aux services SRMNIA de qualité ;
- ▶ Implication de la communauté dans l'amélioration des pouvoirs décisionnels et économiques des femmes ;
- ▶ Participation des communautés dans la prévention et la prise en charge des violences basées sur le genre.

## **Chapitre 4 : Suivi évaluation (gestion des données intégrant le genre )**

Le suivi évaluation prend en compte l'enregistrement, la collecte et l'analyse périodique des informations à des fins de gestion doit comprendre :

- ▶ la disponibilité d'outils de collecte intégrant le genre
- ▶ l'harmonisation des procédures de collecte, d'analyse et d'exploitation des données
- ▶ la prise en compte dans l'exploitation et l'analyse des données la dimension Genre
- ▶ la mise en place et l'utilisation de supports de recueil de données révisés à tous les niveaux;
- ▶ l'exploitation et l'analyse des données à des fins de gestion à tous les niveaux
- ▶ la transmission des rapports avec le respect de la voie hiérarchique et selon la période indiquée
- ▶ la rétro-information du niveau supérieur envers le niveau supervisé comme moyen de supervision indirecte et de formation continue.
- ▶ la révision des outils de gestion avec intégration du Genre
- ▶ le suivi supervision
- ▶ le reporting des données
- ▶ l'évaluation

**MODULE 3**  
**PRISE EN CHARGE DES**  
**VIOLENCES BASEES SUR**  
**LE GENRE**

## Présentation du module :

Ce module vise à répondre aux besoins de renforcement des prestataires de soins en matière de prise en charge des victimes de violences basées sur le genre. Il s'agit de faire en sorte qu'ils aient la capacité à déceler les signes potentiels d'une violence basée sur le genre, d'avoir les attitudes et habiletés en matière de communication permettant une bonne interaction avec les victimes de violences basées sur le genre, d'avoir une aptitude à assurer le suivi médical et psychologique des victimes de violences basées sur le genre. Il comporte 5 chapitres. Généralités sur les VBG, la prise en charge médicale des victimes de VBG, la protection et prévention des VBG, la prise en charge multisectorielle, la prise en charge spécifique des violences sexuelles et des MGF.

## Chapitre I : Généralités sur les VBG

### 1. Cadre institutionnel relatif à la lutte contre les VBG

Le cadre institutionnel est constitué par l'ensemble des textes juridiques y afférant et des documents-cadre du secteur.

#### 1.1. Le cadre juridique en matière de lutte contre les VBG

Il peut être appréhendé suivant trois niveaux : l'international, le régional, et le national

**Au niveau international** : l'adhésion du Sénégal: «à la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789 et aux instruments internationaux adoptés par l'Organisation des Nations Unies notamment, la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme du 10 décembre 1948 (DUDH), la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes du 18 décembre 1979(CEDEF), la Convention relative aux Droits de l'Enfant du 20 novembre 1989( CDE)

#### Au niveau régional :

- ▶ La Charte Africaine Des Droits De L'homme Et Des Peuples Signée à Nairobi Le 21 Juin 1981, ratifiée par le Sénégal le 13 Aout 1982 qui, en son article 5, dispose : « Tout individu a droit au respect de la dignité inhérente à la personne humaine et à la reconnaissance de sa personnalité juridique. Toutes formes d'exploitation et d'avilissement de l'homme notamment l'esclavage, la traite des personnes, la torture physique ou morale, et les peines ou les traitements cruels inhumains ou dégradants sont interdites » ;
- ▶ La Charte Africaine des Droits et du Bien-être de l'Enfant, adoptée à Addis Abéba en Juillet 1990 et ratifiée par le Sénégal le 29 Septembre 1996 ;
- ▶ Le Protocole à la CADHP Portant la création d'une Cour Africaine des droits de l'homme et des peuples (adopté le 10 Juin 1998 entré en vigueur le 25 Janvier 2004). Protocole Relatif à la CADHP portant création de la Cour de Justice de l'Union Africaine du 11 juillet 2003 ;
- ▶ Le Protocole à La Charte Africaine des Droits de L'Homme Et Des Peuples Relatif aux Droits de La Femme En Afrique (dit Protocole de Maputo/ 11 Juillet 2003).
- ▶ La Charte africaine de la jeunesse de 2006 : à travers cette charte, les Etats se sont engagés à élaborer des programmes d'action qui viennent en appui physique et psychologique aux filles et aux jeunes femmes qui ont été victimes de violence et d'abus pour leur permettre de réintégrer pleinement la vie sociale et économique [art. 23].

#### Au niveau national :

Le Sénégal s'est doté d'une loi spécifique, comportant des dispositions novatrices, relatives à des formes de violences basées sur le genre telles que : le harcèlement sexuel, la pédophilie, la mutilation génitale féminine, les violences physiques à l'égard du conjoint ou dirigées contre une personne de sexe féminin ou une personne particulièrement vulnérable.

Un effort particulier a donc été fait depuis cette réforme pénale du 05 Janvier 1999, et même antérieurement, à travers le Code de la Famille qui contient des dispositions pertinentes permettant de faire face à ce fléau. Malgré quelques bonnes pratiques de ratification et de mise en Œuvre de Traités Internationaux, le Sénégal tarde encore à prendre toutes les mesures d'actions positives dictées par cet instrument contraignant pour assurer la pleine jouissance par les femmes, filles, (y compris celles vivant avec un handicap) de leurs droits dans les mêmes conditions d'égal accès que les hommes. Ce qui permettrait de mieux prévenir et de prendre en charge efficacement les viols, les MGF, les traites, le trafic et autres exploitations des femmes et filles.

## 1. 2 Les documents politiques de référence

### LES TEXTES JURIDIQUES

#### Niveau International

#### **La déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes ( Vienne,1993)**

- ▶ Le préambule de la déclaration de Viennes présente la violence à l'égard des femmes comme une violation des droits de la personne humaine et un obstacle à l'égalité juridique, sociale, politique et économique dans la société.
- ▶ Présente la violence à l'égard des femmes comme une expression des rapports de forces historiquement inégaux entre hommes et femmes.
- ▶ Il souligne la vulnérabilité accrue de certaines catégories de femmes, notamment celles vivant en zone rurale ou reculée, les petites filles, les femmes handicapées, les femmes âgées et les femmes dans des zones de conflit armé
- ▶ L'article premier de la Déclaration définit la violence à l'égard des femmes comme « tous actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée. »

#### Niveau régional

#### **Protocole à la Charte africaine des Droits de l'Homme et des peuples relatif aux Droits de Femmes en Afrique (Maputo, 2003) ;**

- ▶ Le préambule du protocole de Maputo enjoint les Etats à accorder une plus grande attention aux droits humains de la femme afin d'éliminer toutes les formes de discrimination et de violence fondées sur le sexe ;
- ▶ L'article 3 du Protocole reprend la définition de la Déclaration de Vienne en désignant la violence à l'égard des femmes comme : « tous actes perpétrés contre les femmes causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles, psychologiques ou économiques, y compris la menace d'entreprendre de tels actes, l'imposition de restrictions ou la privation arbitraire des libertés fondamentales, que ce soit dans la vie privée ou dans la vie publique, en temps de paix, en situation de conflit ou de guerre. »

#### Niveau national

#### **La loi 99 /05 sur les violences faites aux femmes et aux filles modifiant certaines dispositions du code pénal**

Le Sénégal s'est doté d'une loi spécifique, comportant des dispositions novatrices, relatives à des formes de violences basées sur le genre. Ainsi :

De nouvelles incriminations ont été ajoutées dans le Code Pénal concernant :

1. Le harcèlement sexuel (article 319 bis )
2. Les Mutilations génitales féminines (article 299 bis )
3. La Pédophilie (article 320 bis )

Des définitions d'infractions complétées

- ▶ Le viol ( article 320 )

Des circonstances aggravantes introduites en matière de violences physiques. Elles sont relatives à :

- ▶ Sexe de la victime, âge avancé de la victime, état de grossesse de la victime, déficience physique ou psychique de la victime (article 294 , alinéa 2)
- ▶ Qualité de conjoint (article 297 bis)

## La Loi sur le VIH (2010)

### ▮ Les mesures préventives de la loi sur le VIH :

Dans le cadre des pratiques et procédures sécurisées sur le don de sang et ses dérivés, de tissus ou d'organes, défini à l'article 10, la loi sur la santé de la reproduction enjoint le Ministère en charge de la santé à faire bénéficier de la prophylaxie de post exposition aux victimes de viol, au même titre que les agents de la Santé exposés au risque de transmission du VIH.

### ▮ Lutte contre les discriminations en lien avec le statut sérologique

Article 24. - De la discrimination sur les lieux de travail.

Toute discrimination, sous quelque forme que ce soit, à l'encontre d'une personne dont la séropositive à VIH est réelle ou supposée, notamment en matière d'offre d'emploi, d'embauché, de promotion, de retraite est interdite.

Article 29. - De la discrimination dans les formations sanitaires.

Nul ne peut se voir refuser l'accès aux services fournis dans les formations sanitaires publique ou privées, ni voir ses soins faire l'objet d'une facturation plus élevée que la normale, du fait de son statut sérologique à VIH réel ou supposé ou de son activité professionnelle.

### ▮ Sanction pénale des infractions liées au VIH

**Article 36.** - *De la sanction des auteurs de transmission volontaire du VIH.*

Est punie d'un emprisonnement de cinq à dix ans et d'une amende de 2.000.000 à 5.000.000 de francs CFA, toute personne qui, connaissant son statut sérologique positif et les modes de transmission du VIH, entreprend des rapports sexuels non protégés avec l'intention de transmettre à une autre personne.

**Article 38.** - *De la sanction de la violation de l'obligation de confidentialité.*

Sera punie d'un emprisonnement de six mois à deux ans, et d'une amende de 50.000 à 300.000 de francs CFA, toute personne qui, hors les cas où la loi l'oblige, aura révélé l'état sérologique d'une personne infectée par le VIH.

Les poursuites pour violation ne peuvent être engagées que sur plainte de la victime, de son représentant légal ou de ses ayants droits.

## Loi sur la Santé de la Reproduction ( 2005)

Dans son article 4, la loi sur la Santé de la Reproduction inclut parmi les Soins et services de Santé de la Reproduction « la lutte contre les mutilations génitales féminines, les sévices sexuels et les pratiques néfastes à la santé de la reproduction » ;

Aux termes de l'article 13 :

▮ Toutes les formes de violences, de sévices sexuels ou de traitements inhumains ou dégradants sont sanctionnées conformément aux dispositions pénales en vigueur.

▮ Tout enfant a le droit d'être protégé contre toutes les formes d'exploitation sexuelle et d'abus sexuel.

▮ Toute personne a le droit d'être protégée contre le viol, les attaques sexuelles, les abus sexuels et le harcèlement sexuel.

Dans son chapitre VI, la loi sur la SR traite de la transmission volontaire du virus du Sida et sanctions pénales applicables

**Art. 16.** - Est définie comme transmission sexuelle volontaire du SIDA le fait qu'une personne, se sachant porteuse du virus du SIDA, le transmet à l'occasion de rapports sexuels non protégés. Cette transmission sexuelle résultant de rapports obtenus volontairement ou par violence, contrainte, menace ou surprise constitue le délit de transmission volontaire du virus du SIDA. La personne mise en cause est obligatoirement soumise au test de dépistage.

**Art. 17.** - Lorsque la transmission résulte d'un acte sexuel volontaire, le partenaire, primo porteur reconnu encourt une peine d'emprisonnement de deux ans à cinq et d'une amende de 100.000 francs à 1.000.000 de francs. Lorsque le rapport est obtenu à la suite d'un viol, les peines ci-dessus son doublées.

Si l'infraction a été commise sur un enfant au dessous de 13 ans accomplis ou une personne particulièrement vulnérable en raison de son état de grossesse, de son âge avancé ou de son état de santé ayant entraîné une déficience physique ou psychique, le coupable subira le maximum de la peine.

**Art. 18.** - Si la transmission procède de modes de transmission volontaire du virus du SIDA, autres que ceux prévus par l'article 16 de la présente loi, l'acte est qualifié d'empoisonnement.

## **LES REFERENCES POLITIQUES**

### **Au niveau International**

#### **La Déclaration et La Plateforme d'Action De Beijing En 1995**

► La violence à l'égard des femmes a donc été identifiée comme un des 12 domaines critiques nécessitant une attention particulière de la part des gouvernements, de la communauté internationale et de la société civile.

► Parmi les formes citées figurent : la violence domestique (qui constitue sans doute la forme la plus courante de violence subie par les femmes), la violence dans les conflits armés, le trafic international (qui génère de vastes profits pour la criminalité organisée), les meurtres d'honneur en passant par l'infanticide des petites filles ou les mutilations génitales (qui se fonde sur le contrôle de la sexualité).

#### **Plan d'action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD, Caire 1994)**

Ce plan d'action inscrit parmi les mesures à prendre pour l'égalité des sexes et la promotion des femmes, la lutte contre toute forme de violences en vers celles-ci.

Il précise que les pays devraient prendre toutes les mesures voulues pour éliminer toutes les formes d'exploitation, de sévices, de harcèlement et de violence contre les femmes, les adolescentes et les enfants. Ce qui implique d'adopter des mesures de prévention et de réhabilitation des victimes

### **Au niveau National**

La Stratégie Nationale pour l'Equité et l'Egalité de Genre (S.N.E.E.G). Le Gouvernement du Sénégal engagé en faveur de l'égalité des chances entre les hommes et les femmes en général, entre les garçons et les filles en particulier, a élaboré un document intitulé « Stratégie Nationale pour l'Equité et l'Egalité de Genre (SNEEG), dans sa deuxième phase (2016-2026) ». Sa révision lancée par le Ministère de la Femme, de la Famille et de l'Enfance, à travers la Direction de l'Equité et de l'Egalité de Genre (DEEG), est en cours. Elle aura comme tâche finale l'élaboration du cadre de référence pour l'équité et l'égalité de genre (2015-2025)

#### **Plan d'Action National sur l'éradication des VBG et la Promotion des Droits Humains (Sénégal, 2017 – 2021)**

► En 2008, le Secrétaire général des Nations Unies a lancé une campagne mondiale pluriannuelle sur le thème « Tous unis pour mettre fin à la violence à l'égard des femmes » appelant ainsi, tous les partenaires à joindre leurs efforts pour éliminer ce fléau.

► L'adoption et la mise en œuvre de plans d'action nationaux et multisectoriels pour l'éradication des VBG constituent l'un des résultats essentiels visés par la campagne du Secrétaire général des Nations Unies. Ces plans d'action s'imposent aux Etats du fait des instruments juridiques et politiques internationaux et régionaux que ces derniers ont ratifiés

► Ce plan d'action national pour l'éradication des violences basées sur le genre et la promotion des droits humains, le premier du genre au Sénégal, s'inscrit par conséquent dans cette dynamique mondiale. Appuyé par le programme conjoint du Système des Nations Unies (ONU Femmes, HCDH, UNFPA, UNESCO, UNICEF), il a été élaboré et sera mis en œuvre sous la direction du Ministère de la Femme, de la Famille et de l'Enfance (point focal national) et des autres départements ministériels impliqués (santé, intérieur, justice, jeunesse, etc.). Ce Plan national vise à appuyer le gouvernement du Sénégal dans la dynamique de recherche d'une solution durable aux VBG.

**La Stratégie Nationale de Promotion des Droits et de Protection de l'Enfance** qui s'articule au autour d'un Plan d'Action dont la mise en œuvre est assurée à tous les niveaux, par le MFFE, à travers notamment, les Comités de Protection de l'Enfant (C.D.P.E.).

Toutes ces stratégies s'inspirent du *Plan Sénégal Emergent (PSE)* qui est le plan de développement économique du Sénégal (2015-2035), s'inscrit dans cette ligne notamment dans son Acte 3 qui insiste sur la nécessité d'une coordination dans la mise en œuvre des politiques liées au genre, la protection des droits humains et l'éradication de la violence faite aux femmes et aux enfants.

## 2. Informations de base sur les VBG

### 2.1. Définitions

La violence basée sur le genre (VBG) est un terme générique désignant tout acte préjudiciable perpétré contre la volonté d'une personne et qui est basé sur les différences socialement attribuées (genre) entre les hommes et les femmes.

Il s'agit tout acte volontairement infligé à une personne contre son gré en se basant sur son sexe, son âge, ou prenant en compte son statut social et toute autre spécificité liée à sa personne.

La violence à l'égard des femmes est incluse dans les VBG. Elle est définie comme « tout acte de violence dirigé contre le sexe féminin et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques sexuelles ou psychologiques (*Déclaration des N U sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes, Viennes 1993*)

### 2. 2 Typologie des VBG

Il existe plusieurs types de VBG

#### 2.2.1. La classification issue de la Déclaration de Viennes

L'article 2 de la Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes (Viennes 1993), les VBG offre une classification pertinente des VBG qu'il désigne comme :

- a) **La violence physique, sexuelle et psychologique** exercée au sein de la famille, y compris les coups, les sévices sexuels infligés aux enfants de sexe féminin au foyer, les violences liées à la dot, le viol conjugal, les mutilations génitales et autres pratiques traditionnelles préjudiciables à la femme, la violence non conjugale, et la violence liée à l'exploitation;
- b) La violence physique, sexuelle et psychologique exercée au sein de la collectivité, y compris le viol, les sévices sexuels, le harcèlement sexuel et l'intimidation au travail, dans les établissements d'enseignement et ailleurs, le proxénétisme et la prostitution forcée;
- c) La violence physique, sexuelle et psychologique perpétrée ou tolérée par l'Etat, où qu'elle s'exerce.

#### 2.2.1. La classification adoptée dans le cadre du plan stratégique lutte VBG 2017 – 2021 MFFE

Cinq grandes catégories : Violences physiques ;Violences à caractère sexuel ;Violences psychologiques et morales ; Violences économiques; Violences émanant de pratiques néfastes;

▮ Violences physiques : tout acte d'agression portant atteinte à l'intégrité physique d'une personne. Exemple : frapper, gifler, étouffer, couper, bousculer, brûler, tirer ou utiliser des armes, des attaques à l'acide ou tout autre acte causant de la douleur, de l'inconfort ou des blessures

▮ Violences sexuelles : Les violences sexuelles consistent à obliger une personne à subir, à accomplir ou à être confrontée à des actes d'ordre sexuel sans son libre consentement. Exemples: tentative de viol, ainsi que baisers non désirés, attouchements sur les organes génitaux et les fesses, mutilations génitales féminines.

▮ Violences psychologiques et morales : tout acte visant à infliger à une personne une blessure mentale ou émotionnelle (Exemples : menaces de violence physique ou sexuelle, intimidation, humiliation, isolement forcé, traque, harcèlement, attention non désirée, remarques, gestes ou écrits de nature sexuelle et/ou menaçante, destruction de choses chéries, etc.)

▮ Violences économiques : La violence économique est une forme de violence psychique. Elle se traduit par des comportements qui ont pour but d'exercer un contrôle sur la victime et de réprimer la libre expression de sa volonté. La violence économique peut se manifester par une privation de l'accès aux ressources, occasions et services (de soins notamment). Bien souvent, elle se traduit par un refus d'accès aux ressources du ménage par un partenaire intime ou un membre de la famille. Elle peut également englober l'interdiction de travailler, le travail forcé, la saisie du salaire et la détention par un seul partenaire du pouvoir de décision concernant les ressources financières.

► Violences émanant de pratiques traditionnelles néfastes : se réfère aux pratiques infligeant de la souffrance physique, sexuelle ou psychologique à une personne, sur la base de croyances traditionnelles. A titre d'exemple, nous pouvons souligner les mariages forcé, les mariages précoces, les mutilations génitales féminines etc.

### **2.3. Les conséquences des VBG**

Les conséquences sont physiques, psychologiques et comportementales , financières , médicosociales et juridiques

#### **Physiques:**

- Traumatismes (osseux et parties molles),
- Incapacités réversibles ou irréversibles (handicap);

#### **Psychologiques et comportementales:**

- Abus d'alcool, de drogues, le tabagisme chronique,
- Troubles de l'alimentation et du sommeil,
- Dépression et anxiété,
- Comportement suicidaire et
- Rapports sexuels non protégés (grossesses non désirées, avortements clandestins, et IST/VIH;

#### **Charge financière médicosociale et juridique:**

- Individu;
- Famille;
- Communauté.

Les VBG ont un impact négatif sur la santé physique ou psychologique et le développement de l'identité de la personne Les conséquences sur la santé sexuelle et reproductive sur les victimes : grossesses précoces et non désirées, avortements dangereux, fistules traumatiques, infections sexuellement transmissibles, notamment le VIH, allant même jusqu'à leur décès.

Les VBG constituent aussi un acte qui enfreint/viole un certain nombre de droits humains universels protégés par les politiques et les législations nationales, les conventions et les instruments normatifs internationaux.

## **Chapitre II: La prise en charge médicale des VBG**

### **1. Les questions de genre qui se posent dans la prise en charge des VBG**

Il s'agit de détecter les facteurs d'influence favorisant les VBG afin d'adopter les attitudes nécessaires face à la victime.

A travers ce tableau, le prestataire de soin prend conscience de l'influence de la dimension biologique, psychologique, économique, socio-culturelle, religieuse du patient dans l'expression de ses émotions, attitudes et comportements. Ainsi le prestataire de soin saura mieux aider le ou la patient (e) à s'exprimer.

**Tableau : Attitudes et aptitudes requises selon la cible**

| CIBLES                                    | CONTRAINTES OU FACTEURS D'INFLUENCE  | ATTITUDES SENSIBLES AU GENRE  |
|---|--|---|
| <b>PERSONNE AGÉE</b>                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>▮ Faible revenu</li> <li>▮ Faible pouvoir de riposte</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▮ Etablir une relation de confiance.</li> <li>▮ Ne pas porter de jugement sur la victime.</li> <li>▮ Garantir et respecter le caractère confidentiel.</li> <li>▮ aider la victime à reconnaître l'injustice et à assurer sa sécurité.</li> <li>▮ orienter la victime vers les structures compétentes (cf circuit de prise en charge) et encourageons l'accès aux services communautaires</li> </ul>  |
| <b>PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▮ Manque de confiance en soi</li> <li>▮ Faible pouvoir de riposte</li> <li>▮ Faible pouvoir de décision</li> <li>▮ Stigmatisation (charge familiale)</li> <li>▮ Normes et croyances et socio- culturelles (ex : certaines croyances disent que « violer un malade mentale ou handicapée peut enrichir »)</li> <li>▮ Faible niveau de connaissance de leurs droits</li> <li>▮ Faible revenu</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▮ Etablir une relation de confiance et mettre la victime en confiance</li> <li>▮ Etablir une bonne communication (sourd ou mal entendant langage des signes)</li> <li>▮ Ne pas porter de jugement sur la victime.</li> <li>▮ Garantir et respecter le caractère confidentiel.</li> <li>▮ aider la victime à reconnaître l'injustice et à assurer sa sécurité.</li> <li>▮ orienter la victime vers les structures compétentes et encourageons l'accès aux services communautaires.</li> <li>▮ Faire comprendre ses droits et devoirs</li> </ul>   |
| <b>FEMME</b>                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>▮ Faible pouvoir de décision</li> <li>▮ Normes et croyances religieuses et socio-culturelles ( sexe faible, castes ,soumission , culture du silence et de l'endurance</li> <li>▮ Stigmatisation</li> <li>▮ Faible revenu</li> <li>▮ Faible niveau de connaissance de leurs droits</li> <li>▮ Statut matrimonial</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▮ Faire comprendre ses droits et devoirs</li> <li>▮ Etablir une relation de confiance.</li> <li>▮ Ne pas porter de jugement de valeur sur la victime.</li> <li>▮ Garantir et respecter le caractère confidentiel des informations</li> <li>▮ Respecter l'intimité de la personne (par exemple s'assurer que les rideaux sont tirés et que les portes sont fermées)</li> <li>▮ aider la victime à reconnaître l'injustice et à assurer sa sécurité.</li> <li>▮ orienter la victime vers les structures compétentes et encourageons l'accès aux services communautaires ;</li> <li>▮ Respecter les sensibilités locales concernant les relations entre les sexes (par exemple : une femme peut être gênée de se faire consulter par un homme ; dans ce cas de figure veiller à la présence d'un prestataire du même sexe)</li> </ul> |

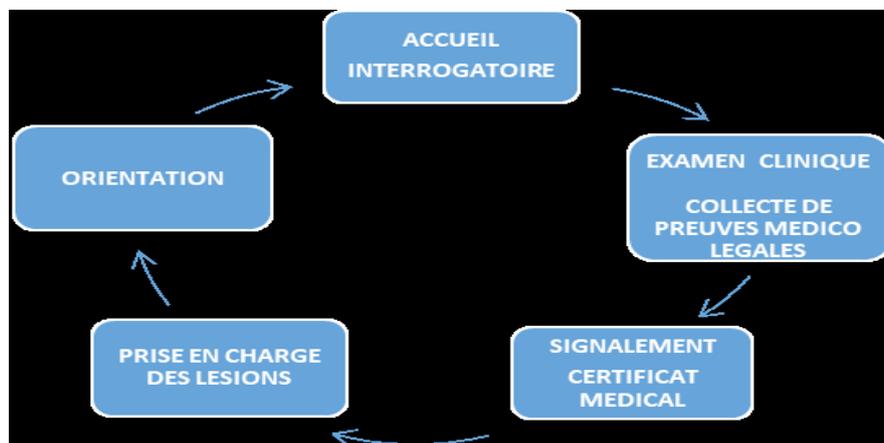
|                      |  |  |
|----------------------|--|--|
| <p><b>FILLE</b></p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Normes sociaux culturelles</li> <li>▶ Stigmatisation</li> <li>▶ Faible Niveau de connaissance de leurs droits</li> </ul>                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Faire comprendre ses droits et devoirs</li> <li>▶ Etablir une relation de confiance.</li> <li>▶ Ne pas porter de jugement sur la victime.</li> <li>▶ Au cas où elle est accompagnée prioriser le dialogue avec la fille</li> <li>▶ Garantir et respecter le caractère confidentiel. aider la victime à reconnaître l'injustice et à assurer sa sécurité.</li> <li>▶ orienter la victime vers les structures compétentes et encourageons l'accès aux services communautaires.</li> </ul> |
| <p><b>GARCON</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Normes sociaux culturelles (soumission, culture du silence, obéissance)</li> <li>▶ Faible Niveau de connaissance de leurs droits</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Faire comprendre ses droits et devoirs</li> <li>▶ Etablir une relation de confiance.</li> <li>▶ Au cas où il est accompagné prioriser le dialogue avec le garçon</li> <li>▶ Ne pas porter de jugement sur la victime. Garantir et respecter le caractère confidentiel aider la victime à reconnaître l'injustice et à assurer sa sécurité.</li> <li>▶ orienter la victime vers les structures compétentes et encourageons l'accès aux services communautaires.</li> </ul>               |
| <p><b>HOMME</b></p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Normes sociaux culturelles (orientation sexuelle des hommes)</li> <li>▶ Catégorie socio-professionnelle (pauvreté)</li> </ul>               | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Ne pas porter de jugement sur la victime</li> <li>▶ Garantir et respecter le caractère confidentiel.</li> <li>▶ aider la victime à reconnaître l'injustice et à assurer sa sécurité.</li> <li>▶ orienter la victime vers les structures compétentes et encourageons l'accès aux services communautaires.</li> </ul>   |

## 2. Etapes de prise en charge : de l'accueil à l'orientation des victimes de VBG

La prise en charge médico-chirurgicale de la violence basée sur le genre doit se faire selon les étapes successives suivantes :

- A. L'accueil et préparation de la victime
- B. L'interrogatoire et le récit des faits
- C. L'examen physique
- D. La collecte de preuves médico-légale.

**Le tableau ci-dessous illustre le circuit de prise en charge. Ces étapes de prise en charge par le prestataire peuvent suivre un ordre différent selon la spécificité du cas**



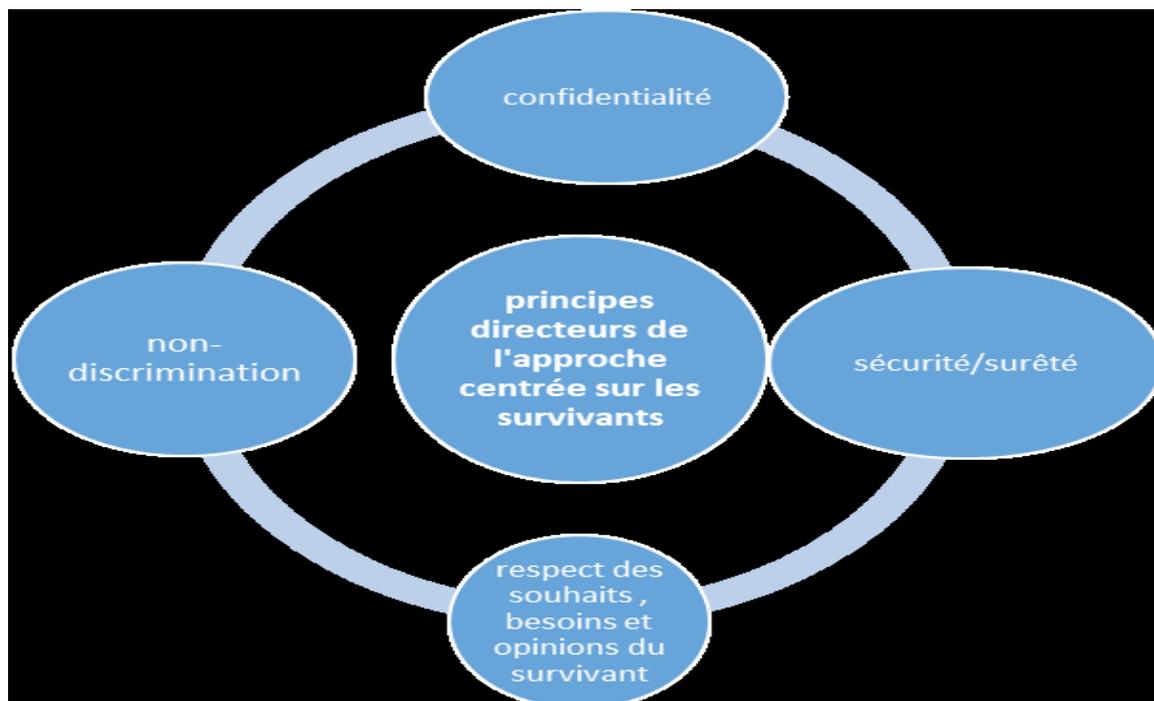
## 2.1 L'accueil et la préparation de la victime

Accueillir un patient à l'hôpital est une étape importante qui conditionne le bon déroulement de la prise en charge. Cela est d'autant plus important lorsqu'il s'agit d'un patient ou d'une patiente victime de VBG. L'accueil est le premier temps de la relation, il est essentiel de prendre la mesure de l'importance de ce moment. C'est dans les 5 premières minutes que s'instaure un climat de sympathie ou d'antipathie, de bonne ou de mauvaise opinion. Il est donc indispensable de mettre à l'aise le patient dès son arrivée afin de favoriser le bon déroulement de l'hospitalisation.

1. Porter une tenue identifiant son nom et sa fonction et se présenter
2. Demander à la victime de se présenter
3. Demander à la victime si elle souhaite qu'une personne particulière soit présente pour la soutenir (Essayer de lui poser cette question lorsqu'elle est seule).
4. Disposer d'un local adéquat et sécurisé (fermer portes et fenêtres et tirer les rideaux pour assurer l'intimité de la consultation)
5. S'assurer qu'il n'y a pas de barrière linguistique et que les propos sont compris, (cas particulier des malentendants ou autres handicaps)
6. Rassurer sur la confidentialité de l'examen et des résultats.
7. Mettre en confiance la personne : demander à la victime si elle a des questions à poser.
8. Recueillir son consentement éclairé : expliquer les différentes étapes de l'examen, pourquoi cela est important, ce qu'il va apporter à la victime et comment il influera sur l'assistance qui sera prêtée.
9. Eviter toute culpabilisation ou propos discriminants
10. S'il s'agit d'une victime mineure, prendre les mêmes précautions en présence et avec l'accord du tuteur ou de l'accompagnant.
11. S'il s'agit d'un incapable majeur, prendre les mêmes précautions en présence et avec l'accord du tuteur ou de l'accompagnant.

## 2.2 L'interrogatoire

L'interrogatoire doit se baser sur les 4 principes directeurs de l'approche centrée sur les « survivants » présentée ci-dessous :



**NB :** Il est recommandé d'interroger l'accompagnant et la victime séparément

### 1 – Victime

- Etat civil complet.
- Date, heure de l'examen, nom et fonctions des personnes présentes lors de l'examen.
- Description des faits par la victime ou l'histoire des troubles.
- Consultations antérieures et traitements pris.
- Le délai de recours aux soins.
- Antécédents médico-chirurgicaux, gynécologiques et obstétricaux.
- Date des dernières règles, contraception existante et check-list grossesse (recherche d'une grossesse en cours).
- Statut vaccinal (VAT, Hep B) et sérologique.

### 2- Accompagnant

Avec l'accompagnant, le contact doit être neutre, prudent et ouvert et surtout sans jugement préalable puisqu'il est le collaborateur privilégié des soins

- Etat civil.
- Degré de parenté avec victime.
- Récit des faits.

### 3- Rechercher les facteurs de risque

- Antécédent de violence familiale.
- Problème de dépendance : drogue, alcool, jeu compulsif.
- Problème de santé mentale et physique.

- ▶ Problèmes personnels liés au travail, financiers, familiaux.
- ▶ Stress et épuisement quant à l'aide à apporter, sentiment de fardeau.
- ▶ Manque de connaissances sur les diagnostics et les soins à fournir.
- ▶ Manque de soutien.
- ▶ Isolement social.
- ▶ Pauvreté.
- ▶ Polygamie.

**NB :** une attention particulière pour les mineurs et les personnes vulnérables (enfants, personnes âgées...)

**CAS DE FIGURE 1 : Si la personne est âgée**

- ▶ a l'air calme à l'excès ou apparaît négligée dans son apparence ;
- ▶ vit en réclusion évidente ou pleure facilement ;
- ▶ apparaît effrayée, méfiante ;
- ▶ requiert la permission d'un tiers pour répondre à des questions ;
- ▶ subit une perte de poids inexplicée médicalement ;
- ▶ exprime son intention de se séparer (de son conjoint) ou de déménager ;
- ▶ dit qu'on la maltraite ou dit que son domicile est sale ou délabré ;
- ▶ est incapable ou embarrassée d'expliquer ses blessures ;
- ▶ présente des symptômes de dépression : insomnie, perte d'appétit, perte d'intérêt, pleurs fréquents ;
- ▶ manifeste un changement brusque d'humeur ou est dans une situation de dévalorisation de soi, d'agitation,
- ▶ de problèmes de sommeil ou besoin de sommeil excessif, de repli sur soi, de passivité, de résignation, de
- ▶ craintes inexplicées (surtout en présence du soignant), perte de poids important.

**CAS DE FIGURER 2 : Si l'accompagnant ou l'auteur présumé...**

- ▶ harcèle ou isole la victime ;
- ▶ se plaint du comportement de la victime
- ▶ montre un comportement agressif (ex.: bris d'objet, colère, cris) ;
- ▶ déprécie la victime, qu'il se mêle de tout ou est trop bavard ;
- ▶ insulte ou réprimande la victime ;
- ▶ se montre inutilement exigeant ;
- ▶ menace la victime ou critique constamment la victime ;
- ▶ apparaît méfiant et soupçonneux face aux étrangers ;
- ▶ refuse de laisser la victime seule avec un tiers ou répond systématiquement à la place de la victime
- ▶ il faut savoir évoquer une maltraitance devant une demande insistante par le patient ou par son entourage d'une hospitalisation semblant médicalement non justifiée.

L'existence de certains éléments oriente vers la possibilité d'une maltraitance : la répétition des passages aux urgences ;

L'existence d'accidents à répétition ; un retard de recours aux soins ; le nomadisme médical ; des antécédents connus de maltraitance dans l'entourage

### 3. L'examen physique

Il faut accorder une attention particulière à la collecte des preuves médico-légales.

- ▶ Examen général physique (tenue vestimentaire, handicap physique) et mental (état psychologique et émotionnel,
- ▶ handicap mental).
- ▶ Prise des constantes : pouls, TA, température, fréquence respiratoire.
- ▶ Examen physique systématique de haut en bas en recherchant les signes d'agression en rapport avec le récit de la
- ▶ victime.
- ▶ Description détaillée, ancienneté et localisation des lésions.
- ▶ Consigner les résultats par écrit et sur un schéma.
- ▶ Dessiner sur un pictogramme les lésions observées lors de l'examen.
- ▶ Prendre des photos si possibles.
- ▶ Préciser les lésions préexistantes.
- ▶ Faire les examens complémentaires selon le type de traumatismes.
- ▶ Rassurer la victime (en cas d'absence de lésions physiques visibles) qu'un examen physique normal n'exclut pas les faits d'agression.

**NB :** Au terme de ce recueil, ces différents éléments doivent être confrontés. La recherche de discordances et d'incohérences entre les éléments de l'anamnèse et de l'examen clinique est une étape clé du diagnostic présomptif de violence. Il est important de retenir qu'il n'existe pas de signes spécifiques. La vraie difficulté est de savoir penser à la violence devant des signes discrets ou devant des éléments souvent négligés, comme l'attitude du patient et de son entourage.

## 4 Rédaction du certificat médical

### 4.1. Définition

Le certificat médical ou certificat de constatation est un acte écrit destiné à constater ou à interpréter des faits d'ordre médical. La plupart des certificats médicaux sont « facultatifs ». Certains certificats « obligatoires » constituent une dérogation relative au secret médical et doivent être connus. Les dérogations peuvent être prévues dans l'intérêt du patient, de la santé publique ou de la justice. Les sources du secret médical sont surtout la loi pénale et les règles du code de déontologie médicale. En matière pénale, l'article 363 alinéa 1 du code pénal dispose que : « les médecins, chirurgiens, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires par état ou par profession par fonction temporaire ou permanente, des secrets qu'on leur confie qui, en hors le cas ou la loi les oblige ou les autorise à se porter dénonciateurs, auront révélé les secrets, seront punies d'un emprisonnement d'1 à 6 mois et d'une amende de 50 000 à 300 000 FCFA ».

L'alinéa 2 du même article dispose que «le secret professionnel n'est jamais opposable au juge qui pour les nécessités des investigations qu'il accomplit ou ordonne, peut en délier ceux qui sont astreints». Cette limite est apportée par la loi pour les besoins d'une bonne administration de la justice. Quant au code de déontologie médicale, il met à la charge du médecin, l'obligation de respecter le secret médical à travers son article 2 selon lequel tout médecin est astreint au secret professionnel, il peut en être délié dans les cas prévus par la loi.

### 4.2. Intérêts du certificat médical

Le certificat médical de constatation est un document officiel qui certifie des faits médicaux avérés, ce document produit par un docteur en médecine assermenté peut aider à une décision judiciaire grâce à la détermination des conséquences de traumatismes subis par une victime, conséquences déterminées par l'Interruption Temporaire de Travail (ITT). L'ITT est une notion assez ambiguë qui prête souvent à confusion, elle illustre une incapacité physique ou mentale de vaquer à ses occupations professionnelles et ou domestique.

## Chapitre III : Protection et prévention des VBG

### 1 . Protection contre les VBG

La violence à l'égard des femmes et des filles est l'une des violations des droits fondamentaux les plus fréquentes dans le monde. Elle ne connaît pas de frontières, qu'elles soient économiques, sociales ou géographiques. À l'échelle mondiale, on estime qu'une femme sur trois sera victime de violences physiques ou sexuelles au cours de son existence. Bien que la violence sexiste mette en péril la santé, la dignité, la sécurité et l'autonomie de ses victimes, elle reste entourée d'une culture du silence.

L'intégration de l'approche genre et des droits humains dans le fonctionnement des institutions de l'Etat et de ses partenaires ainsi que dans la mise en œuvre des politiques et programmes se fait à travers le plaidoyer et le renforcement de capacités de ces institutions.

Dès lors, les Violences basées sur le genre constituent un obstacle majeur à la pleine participation des femmes et des autres victimes à la vie politique, économique, sociale et culturelle de la société. En effet, elles constituent une entrave à leurs droits fondamentaux à l'accroissement du bien-être familial, au progrès économique et social, à la justice sociale et à la paix.

Lutter pour l'éradication des violences basées sur le genre revient donc à faire la promotion des droits humains. Au Sénégal, la lutte se fait dans le cadre d'une plus grande synergie et d'une collaboration multisectorielle pour renforcer la prévention et de prise en charge des violences basées sur le genre.

### 2. La Prévention des VBG

La prévention des Violences Basées sur le Genre consiste essentiellement à empêcher la survenue des actes de violence et à éviter les événements provoquant des traumatismes. On y parvient en supprimant ou en réduisant les causes sous-jacentes et les facteurs de risque. Une prévention efficace sauve des vies, réduit les incapacités et autres conséquences pour la santé et apparaît de plus en plus rentable. La prévention de la violence, comme d'autres priorités de santé publique nécessite généralement l'intervention de plusieurs acteurs : les institutions gouvernementales (Ministère de la Femme ; Ministère de la justice etc. ), non gouvernementales, communautés ....

#### 2.1. Rôle du secteur de la santé

Le secteur de la santé est souvent bien placé pour coordonner, ou du moins faciliter, ces interventions multisectorielles.

Selon le problème visé, le rôle des techniciens de la santé et de l'action sociale, dans la prévention peut-être différent .

Le prestataire est appelé à effectuer des actions de sensibilisation, de mobilisation et d'informations de la communauté sur les conséquences des VBG et les mesures à prendre pour permettre une prise en charge des victimes.

Ainsi, la production d'outils de communication de masse est nécessaire notamment dans les domaines suivants :

- ▮ La prévention des infections (IST /VIH, affections courantes...);
- ▮ La prévention d'une grossesse non désirée ;
- ▮ L'importance du recueil des preuves médico-légales ;
- ▮ L'orientation vers les structures juridique et judiciaires ;
- ▮ La facilitation de la prise en charge judiciaire et juridique ;
- ▮ La facilitation de la réinsertion socioéconomique des victimes ;
- ▮ La prévention du suicide.

Pour l'élaboration et la mise en oeuvre de ces stratégies de sensibilisation et de communication, le secteur de la santé et de l'action sociale dispose de plusieurs mécanismes et de ressources humaines à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

## 2.2. Mobilisation des communautés dans la prévention des VBG

Beaucoup d'initiatives ont été prises pour lutter contre les VBG au niveau international, régional, national et sur les plans politique, juridique et programmatique. L'appropriation des différentes actions par les communautés demeure encore un défi pour améliorer la prévention et la prise en charge des victimes. Peu d'initiatives systématiques ont également

été mises en oeuvre par les communautés pour renforcer la prévention et la prise en charge des problèmes de genre et de VBG.

Le MSAS a développé une méthodologie d'intervention à base communautaire pour lutter contre les VBG : Le modèle du cycle de l'action communautaire adapté aux violences basées sur le genre (CAC VBG) . En effet, le CAC VBG est une stratégie qui permet aux communautés de définir des stratégies d'interventions endogènes, acceptables par la communauté et efficaces sur le contexte des VBG. L'approche développée permet aux équipes du niveau opérationnel du MSAS d'encadrer les communautés à s'organiser pour prévenir et prendre en charge les VBG au niveau des quartiers et villages. Trois outils ont été développés pour mettre en oeuvre la méthodologie de mobilisation des

1. Le guide de mise en oeuvre : est un guide de référence qui décrit l'approche globale, les procédures harmonisées de l'intervention sur le CAC/VBG
2. Le guide d'orientation du facilitateur : a pour but d'aider les ECD à orienter les ICP/SF des postes de référence et agents de développement dans l'encadrement des groupes communautaires à mise en oeuvre de l'intervention CAC/VBG. IL est un annexe du guide de mise en oeuvre du CAC/VBG .
3. Le guide du formateur des groupes communautaires : a pour but d'aider les prestataires de santé et les agents de développement communautaire à former et encadrer les groupes communautaires dans la mise en oeuvre de l'intervention CAC/VBG. IL utilise une démarche par compétences et propose des méthodes et techniques de formation contextualisées.

## Chapitre IV : La Prise en charge multisectorielle des VBG

### 1 Le circuit de la PEC des VBG

Pour une prise en charge efficace d'une victime de VBG, il est recommandé que le cycle ci-après soit suivi :

1. La famille et/ou la communauté,
2. Les structures de santé,
3. Les structures de l'action sociale,
4. Les forces de défense et de sécurité,
5. Le secteur de la justice.

### 2. Rôle de chaque acteur :

| SECTEURS                        | INTERVENANTS   | ACTIONS A MENER   |
|---------------------------------|--|---|
| <b>1. Famille et communauté</b> | -Famille de la victime<br>-Leaders de la communauté<br>-Acteurs communautaires | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Accompagner précocement la victime vers la structure sanitaire dès la survenue de la VBG ;</li> <li>▶ Faciliter l'accompagnement psychosocial ;</li> <li>▶ Saisir les forces de défense et de sécurité si approprié ;</li> <li>▶ Saisir la justice si approprié .</li> </ul> |
|                                 | Famille de l'auteur  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Signaler le cas ;</li> <li>▶ Saisir les forces de défense et de sécurité ;</li> <li>▶ Saisir la justice.</li> </ul>  |

|  |                               |  |
|--|-------------------------------|--|
| <b>2. Santé</b>  | Institutions gouvernementales | <ul style="list-style-type: none"> <li>▮ Offrir les soins médicaux au niveau des structures de santé ;</li> <li>▮ Etablir le certificat médical si approprié ou une constatation à valider par le médecin assermenté;</li> <li>▮ Prendre en charge psychologiquement la victime ;</li> <li>▮ Orienter vers les autres structures de prise en charge.</li> <li>▮ Signaler le cas si approprié;</li> </ul> |
|  | Société civile                | <ul style="list-style-type: none"> <li>▮ Signaler le cas ;</li> <li>▮ Prendre en charge psychologiquement la victime ;</li> <li>▮ Orienter vers les autres structures de prise en charge.</li> </ul>   |
| <b>3. Action sociale</b>   | Institutions gouvernementales | <ul style="list-style-type: none"> <li>▮ Faire l'accompagnement psycho-social ;</li> <li>▮ Assurer la médiation ;</li> <li>▮ Sensibiliser les communautés ;</li> <li>▮ Apporter un appui financier ;</li> <li>▮ Orienter la victime vers les services compétents.</li> </ul>   |
|  | Société civile                |  |
| <b>4. Forces de défense et de sécurité (Gendarmerie et Police)</b> | Institutions gouvernementales | <ul style="list-style-type: none"> <li>▮ Accueillir et rassurer la victime</li> <li>▮ Recevoir la plainte ;</li> <li>▮ Faire une enquête préliminaire ;</li> <li>▮ Sécuriser la victime</li> <li>▮ Assurer le suivi de l'enquête</li> </ul>  |
| <b>5. Justice</b>  | Institutions gouvernementales | <ul style="list-style-type: none"> <li>▮ Recevoir la plainte de la victime</li> <li>▮ Assurer le suivi</li> </ul>  |
|  | Société civile                | <ul style="list-style-type: none"> <li>▮ Assurer le suivi</li> </ul>   |

### 3. Le rôle du prestataire dans la PEC multisectorielle des VBG (référence ; collecte de preuves médico-légales ; signalement ; suivi)

Les personnels de la santé et de l'action sociale ont un rôle primordial à jouer dans la prise en charge globale des victimes de violences basées sur le genre.

Le circuit de prise en charge des victimes de VBG



### 4. Le signalement

#### Définition :

Le signalement est un terme juridique réservé à la transmission au Procureur de la République de faits graves nécessitant des mesures appropriées dans le seul but de protéger la victime. Quelle que soit la mesure de protection envisagée, les critères de gravités et d'urgence doivent présider à l'orientation de ces signalements (violences, sévices sexuelles etc...).

#### Qui signale?

- Le prestataire
- La famille
- Le témoin

#### Quand signaler ?

Lorsque l'on constate des atteintes physiques, mentales, abus sexuel, négligence ou mauvais traitement perpétré contre une personne.

#### A qui signaler ?

- Forces de défense et de sécurité (Gendarmerie et Police),
- Société civile
- Procureur de la république

#### Moyens de communication :

##### Par téléphone :

- Appel,
- SMS,
- WhatsApp;

##### Par écrit :

- Lettre,
- Courriel.

## Comment signaler?

Le message doit contenir les éléments suivants :

- ▶ Coordonnées de la personne qui signale (prénom, nom, adresse contact téléphonique) ;
- ▶ Coordonnées de la victime (prénom, nom, âge, adresse) ;
- ▶ Descriptif circonstancié des faits (faits constatés ou rapportés sans jugement de valeur).

## 5. Collecte de preuves médico-légales

### Le prestataire doit :

Sensibiliser la victime et/ou son entourage sur l'importance et la conservation des preuves (Éviter de prendre un bain avant tout examen et conserver les preuves)

Sensibiliser la victime sur l'intérêt de la collecte de vêtements (Conserver les vêtements portés lors de l'agression dans un sac en papier (pas en plastique))

Faire les prélèvements de produits biologiques et imagerie selon le type d'agression

Enlever et prélever les corps étrangers dans la mesure du possible

Étiqueter, stocker et transporter les preuves (vêtements emballés dans du papier, sang et urines conservables 05 jours au réfrigérateur +4 degrés) dans les conditions idoines.

Consigner tous les résultats par écrit et les matérialiser sur un schéma (photos ou vidéo).

Le délai de conservation des preuves au niveau des structures de santé est de 1 mois.

## 6. La référence

Le prestataire doit d'abord identifier les symptômes de VBG puis faciliter l'orientation des victimes vers d'autres services dans le cadre d'une prise en charge holistique des cas (services médicaux spécialisés, services psychiatriques et psychologiques, services sociaux, services judiciaires et juridiques). Car une aide adéquate ne peut être offerte aux victimes que si l'agression est connue des intervenants potentiels.

## 7. Le suivi des cas

Mettre en place un cadre de suivi multisectoriel des cas, dont les membres sont :

- ▶ La famille ;
- ▶ La communauté ;
- ▶ Les structures de santé ;
- ▶ Les structures de l'action sociale ;
- ▶ La société civile.

# Chapitre IV: PEC spécifique des violences sexuelles et des MGF

## 1. Définitions

- ▶ Violences sexuelles : viol et attouchements
- ▶ Mutilations génitales féminines

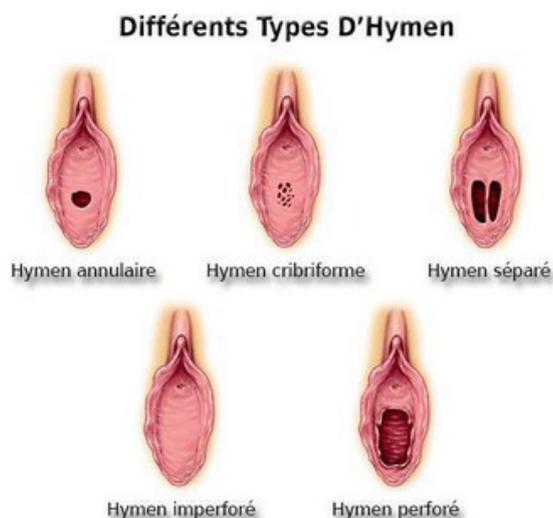
## 2. Quelques rappels

### A. Morphologie de l'hymen

L'hymen est une petite membrane qui ferme partiellement l'orifice vaginal à 1 cm environ de l'entrée de celui-ci. L'obturation n'est que partielle pour permettre l'écoulement des règles. Il s'agit du vestige embryonnaire de la membrane qui sépare à l'origine les deux parties du vagin d'origine embryonnaire différente.. Il se rompt lors du premier rapport sexuel.

Appelé encore membrane virgine est un repli muqueux circulaire qui sépare la vulve de la partie inférieure du vagin. Chez la fille vierge, l'hymen est d'une existence quasi-constante. Sa situation varie un peu selon l'âge, assez profondément située chez la jeune enfant, il semble se rapprocher avec les années ; Chez la fille nubile il se trouve immédiatement derrière les petites lèvres barrant l'entrée du vagin.

L'hymen est une membrane adhérente par sa périphérie à l'extrémité inférieure du vagin, perforée en son centre d'un orifice de forme variable. C'est l'aspect de cet orifice qui a permis d'individualiser les formes morphologiques de l'hymen dont les aspects les plus fréquents sont :



- L'hymen annulaire ou circulaire en forme de diaphragme percé d'un trou central, la perforation peut être réduite à un ou deux millimètres ou au contraire très étendue.
- L'hymen semi-lunaire ou falciforme évoquant un croissant à concavité antérieure dont les cornes se perdent insensiblement à droite et à gauche du vestibule vaginal.
- L'hymen labié est formé de deux lèvres séparées par une fente médiane à direction antéro-postérieure plus au moins longue bordée par des franges d'allure corraliformes mobiles et souples pouvant se rabattre très facilement en dedans ou en dehors permettant des rapprochements sexuels sans se déchirer donnant à ce type de membrane la définition de tolérant ou de complaisant.
- Autres : hymen à pont, hymen cribliforme, imperforation hyménéale.

## **B. Les Lésions de défloration**

La défloration est définie comme l'action d'enlever à une fille ou femme sa virginité au cours d'un rapport sexuel qui entraîne la rupture

plus au moins complète de la membrane hyménale. Les lésions de la défloration sont des plus variées et dépendent :

- ▮ De la violence du premier rapport.
- ▮ Du calibre de l'organe viril.
- ▮ Du type anatomique de l'hymen.

On peut rencontrer une rupture unique le plus souvent médiane et postérieure et fréquemment latéralisée. Cette déchirure qui est le plus souvent radiaire est obliquement dirigée vers l'anneau d'insertion de l'hymen au niveau du vestibule, peut atteindre ce dernier en cas de déchirure complète :

- Un hymen annulaire présentera souvent des déchirures multiples en rayons de roues.
- Un hymen semi lunaire aura tendance à se déchirer au niveau de ses deux extrémités.
- Un hymen labié se rompra plutôt au niveau de sa commissure postérieure ou très près d'elle.

Certains hymens tolérants ne présentent après le premier rapport qu'une simple érosion ou de simples ecchymoses. Après la déchirure, les lambeaux formés restent sur le même plan et s'arrêtent à l'insertion vaginale.

Deux symptômes sont rencontrés au cours de la défloration

1. La douleur : qui est habituellement supportable lors du premier rapprochement sexuel, est constituée de la sensation de déchirure, de brûlure et parfois de simple picotement. Elle peut être absente en cas d'hymen tolérant ou au contraire très importante traduisant alors des lésions anormalement importantes.
2. L'hémorragie : le plus souvent faite de quelques gouttes de sang. Elle peut être absente en cas d'hymen tolérant ou importante en cas de rupture d'hymen épais, très vascularisé.

### **Evolution**

Après deux à trois jours : possibilité d'une légère suppuration locale au niveau des déchirures, les lambeaux voisins restent ecchymotiques.

Après quatre à cinq jours la cicatrisation commence, les surfaces ulcérées ne se ressoudent pas et se recouvrent d'une muqueuse difficile à distinguer de la muqueuse voisine. La cicatrisation s'achève en huit à quinze jours.

Après plusieurs rapports sexuels, il apparaît une flaccidité des grandes lèvres, allongées laissant voir les petites lèvres, des replis affaissés de la muqueuse vaginale et une atrophie des lambeaux hyménéaux.

Référer auprès d'un gynécologue ou une sage-femme pour confirmation de diagnostic.

Les différents types de mutilations génitales féminines

La Prise en charge des violences sexuelles

### **3.1 Attouchements**

#### **A. L'accueil et l'interrogatoire**

#### **B. Examen physique et gynécologique :**

- ▮ Souvent normal (préciser l'état de l'hymen = intégrité ou présence de lésions anciennes)
- ▮ Recherche de contusions, ecchymoses, hématomes et de liquides biologiques sur le corps et les vêtements
- ▮ Eviter les gestes intrusifs chez les filles vierges (test à la sonde à ballonnet, spéculum, toucher vaginal)
- ▮ Recherche de preuves médico-légales : prélèvements de liquides biologiques (sang, salive, sperme, etc....)
- ▮ Prise en charge des lésions,
- ▮ Rédaction du certificat médical,
- ▮ Signalement.

### **3.2 Viol**

#### **3.2.1 Accueil et interrogatoire de la victime de viol**

Recueil des faits :

A cette étape de l'interrogatoire, il faut se renseigner sur :

- ▮ le lieu présumé où se sont déroulés les faits : date, heure et durée de l'agression présumée ;
- ▮ l'agresseur : préciser le nombre et le sexe ;
- ▮ la forme de pénétration : par un sexe ou avec tout autre objet ;
- ▮ le site de pénétration : buccale, vaginale et/ou anale ;
- ▮ le site d'éjaculation ;
- ▮ une utilisation de préservatif ou non ;
- ▮ les signes fonctionnels

- au moment de l'agression : perte de connaissance, douleur, saignement...
- au moment examen : douleur, saignement ?
  - le comportement de la victime après l'agression : toilette, changement de vêtements
  - la prise de toxiques : alcool, drogues, médicaments
  - la prise de toxiques volontaire ou non volontaire (soumission chimique)
  - les antécédents gynéco-obstétricaux :
- la date du dernier rapport librement consenti avant le viol
- la prise de produits contraceptifs
- la date des dernières règles
- l'utilisation antérieure de tampons (garniture intra-vaginale) qui auraient pu assouplir l'hymen
  - les signes de stress post-traumatique: sursaut, anxiété, obnubilation

### 3.2.2. Examen clinique

#### i. Lorsque la victime est une femme ou une fille

##### A. Il faut insister sur l'examen de :

- la bouche ;
- la face interne des cuisses ;
- les seins ;
- la vulve : grandes lèvres, petites lèvres (type de lésions traumatiques) ;
- les parois vaginales et le col utérin : utilisation du spéculum, la vulvoscopie voire colposcopie) ;
- faire une description soigneuse de l'hymen : préciser son intégrité, la régularité bords, la présence et la profondeur des incisures et leur localisation sur un quadrant horaire. L'aspect inflammatoire des lésions, témoigne du caractère récent ;
- le périnée postérieur : idem examen vagin.

**Remarques :** Pendre en compte les particularités morphologiques que peuvent présenter l'hymen

##### B. Faire des prélèvements

- Recherche d'une grossesse antérieure: Béta-HCG (test rapide urinaire) ;
- Recueil des éléments de preuves : prélèvements locaux par écouvillonnage (au moins 4 par site) à la recherche de spermatozoïdes ;
- Gestion du risque infectieux : prélèvements locaux par écouvillonnage à la recherche de germes (gonocoque, chlamydiae, mycoplasme), sérologies (HIV, Syphilis, Hépatite B et C, chlamydiae, mycoplasme) ;
- Recherche de toxiques urinaires et sanguins (drogues).

##### C. Conduite à tenir :

- Prise en charge du risque de grossesse : contraception d'urgence dans les 120 heures suivant l'agression (voir les normes et protocoles de la Santé de la Reproduction) ;
- Couverture antibiotique pour la prévention du risque infectieux ;
- SAT / VAT selon le statut vaccinal de la victime ;
- Prophylaxie Antirétrovirale (cf. programme SIDA).

## ii. Lorsque la victime est un homme

Pour l'homme, mettra l'accent sur

### A. l'examen physique:

- ▶ L'examen des organes génitaux externes avec une description complète des lésions observées : hématome, œdème, fracture de verge, plaie.
- ▶ l'examen de la bouche ;
- ▶ l'examen ano-sphinctérien (fissure, déchirure anale, délabrement).

### B. Prélèvements

- ▶ Recueil des éléments de preuves : prélèvements locaux par écouvillonnage (au moins 4 par site) à la recherche de spermatozoïdes ;
- ▶ Gestion du risque infectieux : prélèvements locaux par écouvillonnage à la recherche de germes (gonocoque, chlamydiae, mycoplasme), sérologies (HIV, Syphilis, Hépatite B et C, chlamydiae, mycoplasme) ;
- ▶ Recherche de toxiques urinaires et sanguins (drogues).

### C . Conduite à tenir :

- ▶ Couverture antibiotique ;
- ▶ SAT / VAT ;
- ▶ Prophylaxie Antirétrovirale (cf : Protocole prise en charge des accidents d'exposition au sang et au sexe).
- ▶ Rédaction certificat médical
- ▶ Suivi médical
- ▶ Surveillance : Pour le VIH si agression récente ;
- ▶ Sérologie initiale ;
- ▶ Contrôle à 1 mois, 3 et 6 mois ;
- ▶ Si agression ancienne (plus de 6 mois): sérologie unique (vérifier programme SIDA).

### NB : Conseils aux victimes :

- ▶ Éviter toute toilette avant examen
- ▶ Conserver les vêtements portés lors de l'agression dans un sac en papier (pas en plastique)
- ▶ Noter les détails de l'agression (heure, lieu, menace...)
- ▶ L'orienter et l'informer sur ses droits

## 3. La prise en charge des Mutilations Génitales Féminines

A. Accueil

B. Interrogatoire

C. Examen clinique

Recherche d'une complication médicale immédiate :

- ▶ Douleur sévère, voire syncopale ;
- ▶ hémorragie immédiate, persistante qui peut entraîner un choc ou secondaire qui peut survenir une semaine après l'acte ;
- ▶ lésions traumatiques des organes voisins ;
- ▶ fractures de la clavicule, de l'humérus, du fémur ou une luxation de la hanche (dus aux mouvements de défense de la victime) ;
- ▶ infections aiguës ;

- ▶ mauvaise qualité de la cicatrisation ;
- ▶ pseudo-infibulation ;
- ▶ reflexe de rétention d'urine ;
- ▶ décès.

Recherche d'une complication médicale à long terme :

Complications urinaires

- ▶ Infections urinaires ascendantes récurrentes ;
- ▶ Dysurie / Miction involontaire (type III).

Complications génitales

- ▶ Douleur ;
- ▶ Anomalie de la cicatrisation (type III, Fusion des lèvres, Obstruction vaginale et/ou Reprise ;
- ▶ Défibulation (type III) ;
- ▶ Infections génitales ascendantes : Abscesses vulvaires – Vaginose – Cervicite – Endométrite – Salpingite - Maladie inflammatoire du pelvis (Ulcères génitaux, IST (herpès génital) / VIH) ;
- ▶ Troubles sexuels
- ▶ Complications obstétricales (chez la mère et le nouveau-né)
- ▶ Séquelles des MGF notamment

#### **a. Séquelles physiques:**

- Douleur chronique
- Cicatrice chéloïdienne / Kyste dermoïde ou liquidien
  - ▶ Neurinome clitoridien ;
  - ▶ Calcifications vaginales ;
  - ▶ Hématocolpos / hématométrie (type III) ;
  - ▶ Stérilité ;
  - ▶ Fistules (vésico-vaginal ou recto-vaginal).
- Kyste clitoridien (cicatrice chéloïdienne) chez une patiente de 34 ans, victime de MGF de type II, à l'origine d'impossibilité de rapports sexuels

**b. Séquelles psychologiques :** secondaires à la douleur, au choc et à la violence physique

#### **c. Prise en charge**

- Prise en charge des lésions

Selon les protocoles en vigueur, il s'agit essentiellement de la prise en charge des complications immédiates. A l'admission, il faut toujours rechercher les signes d'état de choc et effectuer les gestes d'urgence : évaluer la gravité du choc et effectuer les gestes d'urgence, identifier la cause du choc (hémorragie ou infection) et la traiter spécifiquement si possible, sinon organiser la référence dans les meilleurs délais.

- Prise en charge de l'hémorragie :

- ▶ Evaluer la gravité de l'hémorragie et l'état de la fillette/femme ;
- ▶ En cas d'état de choc, effectuer les gestes d'urgence et transférer si nécessaire ;

Si l'état n'est pas grave ;

- ▶ Inspecter le site de l'hémorragie ;
- ▶ Nettoyer la région avec un antiseptique, effectuer une compression ou un tampon stérile sur le site de l'hémorragie pour la stopper ;
- ▶ Conseiller la victime ou l'accompagnant de veiller à ce que la zone reste sèche.

- Prise en charge de la douleur et des lésions tissulaires : évaluer la gravité de la douleur et l'étendue des lésions ;

Si la victime est en état de choc, effectuer les gestes d'urgence ;

- ▶ Administrer un analgésique puissant et traiter la lésion ;
- ▶ Nettoyer la région avec un antiseptique ;
- ▶ Conseiller la victime ou l'accompagnant de veiller à ce que la zone reste sec ;
- ▶ Faire la réparation de la lésion si on en a la compétence ;
- ▶ En cas de persistance de la douleur, référer vers un spécialiste.

- Prise en charge de la rétention d'urine :

Il faut tout d'abord identifier la cause de la rétention qui peut être due à une occlusion par infibulation, à une lésion du méat ou à un réflexe.

- ▶ En cas de rétention par réflexe, faire un soutien psychologique, administrer un antalgique et demander au patient d'essayer d'uriner, le cas échéant, mettre une sonde aseptique ;
- ▶ En cas d'occlusion par infibulation, faire une « défibulation » ou transférer vers un spécialiste ;
- ▶ En cas de lésion du méat urinaire, transférer vers un spécialiste.

- Prise en charge de l'infection, identifier le type d'infection :

- ▶ Rechercher le syndrome de toxi-infection ;
- ▶ Inspecter la vulve pour voir si la plaie est infectée ;
- ▶ Palpation abdominale, faire un toucher pelvien si possible.
- ▶ En cas de plaie infectée : nettoyer soigneusement et veiller à ce qu'elle reste sèche et donner des antibiotiques et un antalgique.
- ▶ En cas de vulvo-vaginite : faire un prélèvement des sécrétions et donner des antibiotiques et un antalgique.
- ▶ Pour une infection génitale haute de type endométrite ou salpingite : faire un prélèvement des sécrétions et donner des antibiotiques et un antalgique.
- ▶ La septicémie constitue une urgence. Dans ce cas, il faut :

Procéder aux gestes d'urgence et à la réanimation médicale appropriée ;

- ▶ Surveiller et/ou
- ▶ Organiser la référence.

**E. Signalement**

**F. Rédaction du certificat médical**

# **MODULE 4**

## **GENRE ET LUTTE CONTRE LA MALADIE**

## Présentation du module

L'organisation de la surveillance, de la riposte et de la lutte contre les maladies transmissibles (le Sida, le Paludisme, la Tuberculose, les maladies tropicales négligées) et les maladies non transmissibles (maladies chroniques à soins coûteux) a un impact certain sur la santé publique. Dans le but de contribuer efficacement à la concrétisation de la politique de santé au Sénégal, Le MSAS a pris l'orientation stratégique d'intégrer la dimension genre dans les prestations de services de santé. L'intégration de l'approche genre dans les politiques de santé exige le développement équitable des méthodes de travail visant à promouvoir l'accessibilité à des soins de qualité. D'autant plus que l'État du Sénégal a manifesté sa volonté politique sur l'intégration de l'approche genre à travers le PSE qui constitue le document de référence de toutes les politiques.

## Chapitre 1. Notions de base sur genre et lutte contre la maladie

L'intégration de la dimension genre soulève la question de savoir comment les maladies affectent différemment filles et garçons, hommes et femmes. Elle prend également en compte d'autres catégories se référant par exemple à l'âge, la situation de handicap ; la situation socioéconomique etc. A noter également que le contexte socioculturel voire religieux entrent également en ligne de compte.

### 1.1 Vulnérabilité aux maladies selon le genre

Il est très important d'accorder une attention particulière à la vulnérabilité liée au genre en vue de développer des stratégies de lutte efficaces répondant aux besoins différenciés des catégories de genre.

#### Cibles

#### Liste de contrôle de la vulnérabilité

L'évaluation de la vulnérabilité chez les différentes catégories d'acteurs dans le cadre de l'approche genre prendra en compte les points d'attention suivants :

- |                 |  |
|-----------------|--|
| Chez les femmes | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Etat de grossesse</li> <li>▶ Maladies gynécologiques</li> <li>▶ Faible pouvoir économique</li> <li>▶ Faible pouvoir de décision</li> <li>▶ Inaccessibilité aux médicaments</li> <li>▶ Situation matrimoniale</li> <li>▶ Ménopause</li> <li>▶ Inaccessibilité aux structures de santé</li> <li>▶ Inaccessibilité à des soins et services de qualité</li> <li>▶ Charge de travail des femmes</li> <li>▶ L'infertilité/ la stérilité</li> <li>▶ La malnutrition</li> </ul> |
| Chez les hommes | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ L'insécurité d'un emploi</li> <li>▶ L'infidélité</li> <li>▶ L'infertilité</li> <li>▶ Le tabagisme</li> <li>▶ L'alcoolisme</li> <li>▶ Le poids social lié au statut de chef de famille</li> </ul>  |

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| Chez les femmes et les hommes | ▸ Ethnie                               |
|                               | ▸ Religion                             |
|                               | ▸ Us et coutumes                       |
|                               | ▸ Inaccessibilité à l'information      |
|                               | ▸ Inaccessibilité à l'éducation        |
|                               | ▸ Faible pouvoir économique            |
|                               | ▸ La virginité chez la jeune fille     |
|                               | ▸ La gestion de l'hygiène menstruelle  |
|                               | ▸ Immaturité des organes génitaux      |
|                               | ▸ La malnutrition                      |
| Chez les jeunes filles        | ▸ Chômage                              |
|                               | ▸ Excision                             |
|                               | ▸ Mariage forcé                        |
|                               | ▸ Mariage précoce                      |
|                               | ▸ Prostitution clandestine             |
|                               | ▸ Grossesse non désirée                |
|                               | ▸ Immaturité des organes génitaux      |
| Chez les jeunes garçons       | ▸ La malnutrition                      |
|                               | ▸ Chômage                              |
|                               | ▸ Utilisation de stupéfiants           |
| Chez les enfants              | ▸ Les pires formes de travail préciser |
|                               | ▸ Excision                             |
|                               | ▸ Prise en charge sanitaire            |
|                               | ▸ Viol                                 |
|                               | ▸ Inceste                              |
|                               | ▸ Pédophilie                           |
| Chez les personnes âgées      | ▸ Hygiène précaire                     |
|                               | ▸ Fragilité de santé                   |
|                               | ▸ Sollicitude                          |
|                               | ▸ Malnutrition                         |
|                               | ▸ L'insomnie                           |
|                               | ▸ Accès aux soins                      |

**Domaines**                      **Liste de contrôle de l'accueil**

L'évaluation des actions sensibles au genre au niveau de l'accueil et de l'orientation concernera les aspects suivants :

|             |  |
|-------------|--|
| Accueil     | <ul style="list-style-type: none"><li>▶ La non- discrimination dans l'accès au niveau des structures</li><li>▶ Le respect de la personne handicapée dans la prise en compte des aménagements des sites d'accueil</li><li>▶ La garantie d'un bon accueil avec des informations avec des informations justes et accessibles</li><li>▶ Le respect de sa liberté Individuelle</li><li>▶ Le respect de sa vie privée, de ses croyances ainsi que de la confidentialité des informations personnelles, médicales et sociales</li><li>▶ Le respect de son autonomie</li><li>▶ Le respect de sa sécurité et de son confort</li><li>▶ Le respect de sa dignité</li><li>▶ Garantir le même niveau d'accueil, quel que soit l'affluence, et l'heure ou le patient est accueilli dans le service</li><li>▶ Les difficultés qui sont de nature à allonger le temps d'accueil</li><li>▶ Les problèmes et facteurs qui contribuent à la longue attente</li><li>▶ Mise en place un système d'organisation convenable au niveau des services</li><li>▶ Attitudes positives ( patience, amabilité, courtoisie, affabilité, disponibilité</li></ul> |
| Orientation | <ul style="list-style-type: none"><li>▶ Veiller à donner une information simple accessible intelligible et loyale à tous les patients</li><li>▶ Répondre avec tact et de façon adaptée aux questions posées par le patient</li><li>▶ Informer le patient des actes et examens nécessaires de son l'état de santé, en fonction de son âge et de ses facultés de compréhension.</li><li>▶ Disposer d'un temps suffisant pour dialoguer avec le personnel médical</li><li>▶ Utiliser la signalétique pour faciliter l'orientation du patient et de la famille</li></ul>   |

## 1.2 Les actions sensibles au genre dans la prévention

### Domaines de prévention

### Liste de contrôle pour la prévention des maladies

L'évaluation de la prévention sur les actions sensibles au genre prendra en compte les points d'attention suivants :

#### Information Education Communication (IEC)/ Communication pour le Changement de Comportement(CCC) durable

- ▶ Créer un espace d'échange en vue de faire adopter à un individu ou à un groupe des attitudes et comportements et favorables à l'acquisition et au maintien d'un bon état santé
- ▶ Ne pas adopter des attitudes moralisatrices et paternalistes
- ▶ Déterminer la cible selon le genre
- ▶ Analyser les comportements (actuels, désirés, et le temps de réalisation) de la cible en fonction des données disponibles des sexes des styles de vie du statut social de l'état de connaissance, des attitudes, comportements et pratiques par rapport aux problèmes de santé
- ▶ Elaborer le contenu des messages nécessaires pour amener la cible à changer de comportement
- ▶ Identifier le canal et outil de diffusion des messages
- ▶ Délivrer le message en fonction du statut du patient (prendre en compte les patients vivant avec des handicaps)
- ▶ Analyser les moyens et canaux de communication les plus efficaces
- ▶ Faire un feedback
- ▶ Pour les patients à prise en charge nécessitant un counseling, il est nécessaire de suivre les étapes suivantes :
- ▶ Assurer un accueil adéquat de l'individus en situation spécifique
- ▶ Dérouler un entretien individualisé et sécurisé
- ▶ Fournir des informations et renseignements nécessaires aux choix avisés et conséquents du patient
- ▶ Procéder à des explications approfondies permettant au patient de prendre une décision souveraine et en toute connaissance de cause son choix.
- ▶ Vérifier avec le patient la pertinence de sa décision ainsi prise
- ▶ Fixer un rendez-vous pas très éloigné en vue de s'assurer de la fonctionnalité de son choix

#### Dépistage et détection précoce des maladies

- ▶ Les hépatites
- ▶ Tuberculose
- ▶ Sida
- ▶ Diabète
- ▶ Hypertension
- ▶ Pathologies rénales
- ▶ Cancers
- ▶ Maladies respiratoires chroniques
- ▶ Hémophilie
- ▶ Drépanocytose

### 1.3 Les actions sensibles au genre dans la prise en charge

#### Domaines de la prise en charge

#### Liste de contrôle pour la prise en charge

Au niveau des infrastructures de santé le contrôleur se penchera sur les dispositifs d'accompagnement sensibles au genre qu'il est nécessaire d'installer au niveau des structures de santé. Il s'agit notamment de : toilettes spécifiques femmes /hommes/ handicapés, salle d'attente aménagée, rampes, panneaux d'indication, dotations de kits d'hygiène

|   |  |
|---|--|
| Disponibilité et fonctionnalités des infrastructures de qualité | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ EPS 1</li> <li>▶ EPS 2</li> <li>▶ EPS 3</li> <li>▶ CS1</li> <li>▶ CS2</li> <li>▶ Poste de santé</li> <li>▶ Case de santé</li> </ul>   |
| Ressources humaines de qualité                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Couverture équitable en spécialistes de santé (cardiologues, gynécologues, chirurgiens, pédiatres...) au niveau des structures de santé</li> <li>▶ Personnel médical</li> <li>▶ Personnel paramédical</li> <li>▶ Personnel administratif</li> <li>▶ Personnel de soutien</li> </ul>   |
| Disponibilité des ressources financières                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Vérifier si les PTA des centres de responsabilités sont sensibles au genre</li> <li>▶ Vérifier si les budgets des programmes et projets des différents centres de responsabilité sont sensibles au genre</li> </ul>   |
| Disponibilité des médicaments et des intrants                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Vérifier si les stocks de médicaments et produits essentiels disponibles sont sensibles au genre. Spécifier</li> </ul>  |
| Prestation de service   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Vérifier si les prestations de services sont sensibles au genre selon les actes suivants :</li> <li>▶ Soins curatifs (traitements dont l'objectif est la guérison)</li> <li>▶ Soins palliatifs (soins qui cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leurs familles, face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle. Ils n'accélèrent pas et ne repoussent pas la mort)</li> <li>▶ Soins préventifs (ensemble de mesures visant à éviter ou à réduire le nombre et la gravité des maladies)</li> <li>▶ Soins promotionnels (toutes les activités de sensibilisation et d'information pour garder un bon état de santé)</li> <li>▶ Soins réadaptatifs (soins destinés à corriger les insuffisances de fonctionnement notées chez les patients victime d'incapacité totale, ou partielle ou séquellaire)</li> <li>▶ Soins spécialisés (soins pointus offerts par un personnel médical ou paramédical et provenant de connaissances acquises après la formation initiale)</li> <li>▶ Transfusion sanguine (toute injection intraveineuse d'un produit sanguin dans l'organisme d'un patient)</li> <li>▶ Urgences préhospitalières (évacuation sanitaire et intervention à domicile)</li> <li>▶ Santé digitale (utilisation des TIC en faveur de la santé)</li> </ul> |

## Chapitre 2 : Genre et lutte contre le VIH

### 2.1 Vulnérabilité spécifique au VIH

| Cibles          | Manifestations de la vulnérabilité  |
|-----------------|---|
| Chez les femmes | <ul style="list-style-type: none"><li>▮ Large surface de muqueuse vaginale exposée</li><li>▮ Concentration du virus plus forte dans le sperme</li><li>▮ Filles et adolescentes encore plus vulnérables du fait de l'immaturation de leurs organes génitaux</li><li>▮ Femmes enceintes et accouchées récentes plus vulnérables aux infections, spécialement s'il y a eu des périodes d'abstinence sexuelle durant lesquelles leurs partenaires ont eu d'autres partenaires</li><li>▮ Ménopause facteur d'aggravation de la vulnérabilité des femmes</li><li>▮ Devoir de soumission des femmes à la volonté des hommes, particulièrement du mari</li><li>▮ Prénance de pratiques socio-culturelles néfastes (mariages forcés, mariages et grossesses précoces, mutilations génitales féminines (MGF), pratique de resserrement du vagin, lévirat, sororat etc.)</li><li>▮ Manque d'informations sur comment se protéger</li><li>▮ Pas en mesure de refuser les relations sexuelles avec leur mari, même si elles savent qu'il pourrait être à risque d'infection, particulièrement si elles sont économiquement désavantagées</li><li>▮ Faible accès à l'éducation et aux ressources</li><li>▮ Faible accès aux structures de soins</li><li>▮ Dépendance économique</li><li>▮ Responsable principale des soins aux personnes malades</li><li>▮ Stigmatisation accrue liée à un diagnostic positif du VIH. Les femmes sont plus souvent blâmées et présumées coupables d'infidélité.</li></ul> |
| Chez les hommes | <ul style="list-style-type: none"><li>▮ la virilité a tendance à être associée à une sexualité violente : le fait d'imposer des relations sexuelles non protégées, n'expose pas uniquement les femmes, mais également leurs partenaires hommes.</li><li>▮ le multi partenariat est toléré voire valorisé chez les hommes</li><li>▮ le fait d'associer la masculinité à l'endurance favorise un déni de la maladie et une réticence à fréquenter les structures de santé</li><li>▮ les réticences au dépistage, à la prise en charge et au partage du statut sont plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes</li><li>▮ les hommes souffrent également de la stigmatisation liée au diagnostic du VIH mais cela se manifeste d'une manière différente des femmes.</li></ul>  |

### Autres groupes vulnérables

Chez les personnes handicapées

- ▶ Accès limité aux services d'information, d'éducation et de prévention du VIH.
- ▶ Comportements à risque (multi partenariat, relations sexuelles non protégées, faible utilisation du préservatif, pratiques homosexuelles, etc.).
- ▶ Accès limité aux traitements, soins et services de soutien disponibles.
- ▶ Grande vulnérabilité face aux violences sexuelles.
- ▶ Connaissances et capacités limitées des prestataires à rendre leurs services inclusifs.
- ▶ Victimes de stigmatisation et de discrimination.

Chez les Professionnel (les) de Sexe

- ▶ Réprobation sociale du travail du sexe ;
- ▶ Tendance à la clandestinité et absence de suivi ;
- ▶ Faible pouvoir de négociation de relations sexuelles protégées avec certains clients réguliers et petits amis ;
- ▶ Réglementation obsolète, vides juridiques : violences, abus de pouvoir, qualification abusive de racolage ;
- ▶ Récurrence des Violences Basées sur le Genre ;
- ▶ Déni des droits humains ;

Chez les Hommes ayant des relations Sexuelles avec des Hommes

- ▶ La réprobation sociale des relations sexuelles entre personnes de même sexe, du fait que culturellement et religieusement, ces comportements transgressent le modèle de la sexualité masculine
- ▶ La stigmatisation et la marginalisation des MSM qui du fait des risques de violence qu'ils encourent, deviennent une cible difficile à toucher dans les activités de prévention et de prise en charge du VIH/SIDA
- ▶ La tendance aux mariages de façade et à la double vie comme stratégie de survie et de cohabitation dans un environnement où l'homosexualité est bannie
- ▶ La violence et les relations de pouvoir difficiles entre pairs ;
- ▶ Des problèmes d'accès à la prévention et à la Prise En Charge des IST et du VIH

Chez les Consommateurs de drogues

- ▶ Leur dépendance qui les expose à des pratiques à risque (commerce du sexe, délinquance)
- ▶ la tendance au commerce du sexe qui, exercé sous l'emprise de stupéfiants, est rarement exempt de risques
- ▶ L'utilisation de seringues souillées
- ▶ La précarité économique
- ▶ L'exposition aux violences
- ▶ La tendance à l'isolement, l'invisibilité étant ressentie comme moyen de survie
- ▶ Les CDI sont certainement la cible la plus difficile à atteindre dans le cadre des activités de prévention et de prise en charge du VIH



La Prévention de la  
Transmission Mère –  
Enfant (PTME)

- ▀ Les hommes du fait de leurs croyances socioculturels ne fréquentent pas les maternités et salles d'accouchement
- ▀ les FVVIH dont le pouvoir économique est faible et ont des difficultés à assurer les bilans et autres coûts pour leurs CPN.
- ▀ Les femmes enceintes peuvent avoir un problème d'autonomie et ne pas être en mesure d'assumer une prise de décision : partage du statut de la grossesse, faire les CPN, aller en consultation en cas signes de danger, etc.
- ▀ Les Femmes enceintes vivant avec le VIH ont comme principal soucis la transmission du virus à son bébé
- ▀ Un diagnostic VIH positif chez une femme enceinte peut créer des sentiments de désespoir, peur de la mort, craintes à propos de l'avenir de l'enfant à naître, et une culpabilité de potentiellement transmettre l'infection à un bébé.
- ▀ Culpabilisation des femmes séropositives testées dans le cadre d'une grossesse ou d'un accouchement vu qu'elles sont souvent les premières dans la famille à être testées positives au VIH.

La distribution de  
préservatifs et lubrifiants

- ▀ L'âge et le sexe du prestataire peut constituer un frein à l'accès des populations aux préservatifs et aux lubrifiants.
- ▀ Le lubrifiant qui est généralement associé à la pratique du sexe anale peut freiner les hommes à le demander, par crainte d'être jugé comme homosexuels.
- ▀ Le prestataire peut se réfugier sur ses convictions religieuses pour refuser de distribuer le préservatif et le lubrifiant.
- ▀ Les PS n'utilisent pas le préservatif avec leurs petits amis et clients réguliers et choisissent d'autres méthodes de contraceptives pour éviter les grossesses non désirées en ignorant les risques d'IST/VIH
- ▀ Les MSM bisexuels mariés n'utilisent pas le préservatif dans le couple.
- ▀ Certains prestataires ont une attitude moralisatrice et présument que les patients positifs, particulièrement les FVVIH doivent s'abstenir, malgré le fait qu'elles n'ont pas de contrôle sur leurs relations sexuelles et ont besoin de contraception.
- ▀ Certains prestataires ont une attitude moralisatrice et présument que les patients positifs, particulièrement les FVVIH doivent ne plus faire de grossesse, malgré le fait que beaucoup sont mariés et désir avoir une famille.
- ▀ L'achat de lubrifiants n'est pas une priorité pour le programme de lutte contre le sida et les IST

La prophylaxie post  
exposition au sang et au  
sexe (pep)

- ▀ En cas d'accidents avec exposition aux produits biologiques (sang, sperme, sécrétions vaginales) et ou de viols, la tendance des familles à dissimuler la situation, peut atténuer la vigilance du prestataire.

Référence / Contre référence

▮ Les femmes qui apprennent leur statut positif doivent gérer émotionnellement les implications de leurs résultats sur elles-mêmes, leurs partenaires, leurs enfants et autres membres de leurs familles avant de se sentir prêtes pour le traitement.

▮ A cause de leur dépendance économique les femmes, les personnes handicapées, les ADO/jeunes peuvent avoir des difficultés pour assurer le transport et le coût des bilans de pré-inclusion

▮ Risque de dépression, plus commune chez les femmes que les hommes, pourrait également être exacerbée par un diagnostic positif.

▮ Les femmes qui souffrent d'IST peuvent être réticentes à partager l'information avec leurs partenaires par crainte de leur réaction (suspensions d'infidélité stigmatisation, violence etc.) Or, cela risque de perpétuer la chaîne de transmission

▮ Les hommes qui souffrent d'IST peuvent être réticents à fréquenter les structures de soins et à partager l'information suivant l'âge, le comportement sexuel, la position sociale (religieux, notables...)

▮ Il peut être compliqué pour la personne qui souffre d'une IST, d'initier l'abstinence ou le port du préservatif pendant la période du traitement afin d'éviter les risques de récurrence.

▮ Les personnes qui ne sont pas censées avoir une vie sexuelle (femmes célibataires, adolescent-e-s etc.) peuvent faire une rétention d'information sur leurs symptômes d'IST et rater ainsi l'accès au traitement.

▮ Les PS ont tendance à ne pas négocier l'usage du préservatif avec leurs petits amis et clients réguliers.

▮ En cas d'accidents avec exposition aux produits biologiques (sang, sperme, sécrétions vaginales) et ou de viols, la tendance des familles à dissimuler la situation, peut atténuer la vigilance du prestataire.

Prévention et prise en charge des IST

Prise en charge

Initiation aux ARV

▮ Les effets secondaires des ARV peuvent rendre certaines femmes réticentes à prendre le traitement, compte tenu de leurs multiples rôles et responsabilités dans le ménage.

▮ Quand les autres membres de la famille sont malades les femmes ont tendance à prioriser les soins de ses derniers au détriment de leur propre état de santé

PEC des infections opportunistes (IO)

- ▀ Les FVVIH souffrent davantage que les autres femmes, de maladies spécifiques liées à leur système reproductif. Elles sont plus à risque de contracter certaines infections vaginales, des inflammations pelviennes, des irrégularités menstruelles, du cancer de l'utérus, etc
- ▀ Les femmes ressentent une certaine gêne par rapport aux symptômes gynécologiques et également, perçoivent les symptômes liés aux ménorragies ou aux pertes vaginales comme étant des aspects intimes de la vie de femme. Elles sont souvent embarrassées d'en discuter avec les prestataires de soins
- ▀ Dans certains contextes, les croyances et normes socioculturelles empêchent les femmes de se rendre compte de l'anormalité de certains signes, retardant la recherche de soins appropriés

Adhérence et maintien aux traitements

- ▀ Les femmes rencontrent des difficultés liées au transport, au manque de temps, de nourriture ainsi qu'à la crainte permanente d'une découverte de leur statut s'ils n'ont pas partagé ;.
- ▀ Les femmes enceintes peuvent craindre un effet des médicaments sur leurs bébés ou alors sur elles-mêmes (apparitions et amplification des signes de grossesse : nausée, vomissements, perversion du goût, etc.)
- ▀ Les femmes enceintes peuvent avoir un problème d'autonomie et ne pas être en mesure d'assumer une prise de décision : partage du statut de la grossesse, faire les CPN.
- ▀ Les FVVIH n'accouchent pas toutes dans les structures de santé avec du personnel qualifié pour faire bénéficier à leurs bébés la prophylaxie ARV
- ▀ Dans nos communautés il est noté souvent une déclaration tardive de la grossesse par la femme enceinte.

Soins palliatifs

- ▀ Les personnes qui donnent ces soins palliatifs a domicile sont le plus souvent des femmes. Dans certains contextes, il arrive qu'elles ne sachent pas comment s'y prendre, comment le traitement marche, comment aider pour une adhérence au traitement.
- ▀ En cas de maladies graves en phase terminale les femmes ont moins tendances a moins exprimées leurs douleurs que les hommes.
- ▀ Certains patients peuvent avoir une réticence a recevoir leur bain de la part d'une personne de sexe opposé.
- ▀ Il peut y avoir une différence dans la manière dont la douleur est vécue et gérée par les hommes et les femmes (hommes réputés plus endurants ; femmes gèrent mieux et assistent mieux)
- ▀ La gestion des soins palliatifs en fin de vie est assurée par les femmes essentiellement.
- ▀ De nombreux facteurs font que la gestion du deuil est plus difficile chez la femme que chez l'homme (pratique du veuvage, gestion de l'héritage, gestion des enfants, lévirat sororat...)

## 2.3 Les opportunités liées au genre

| Domaines        | Opportunités liées au genre  |
|-----------------|--|
| Prévention      | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Les médiateurs psychosociaux, les « badienu gox » et les relais communautaires sont des opportunités que peuvent utiliser les prestataires pour booster la distribution de préservatifs et de lubrifiants.</li> <li>▶ En effet, les médiateurs HSH, PS, CDI ou PVVIH peuvent être utilisés par le prestataire pour la distribution du préservatif et du lubrifiant aux PVVIH et populations clé.</li> <li>▶ Dans la communauté, les leaders des OCB, ASC ou GPF peuvent être des relais pour la distribution communautaire des préservatifs et des lubrifiants à leurs paires.</li> <li>▶ Le dépistage communautaire démedicalisé avec les autotests</li> </ul>   |
| Prise en charge | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Les activités d'auto supports (VAD, groupes de parole, repas communautaires etc.), sont des opportunités pour le prestataire, de parler du préservatif pour la prévention positive. Le médiateur ou le membre de l'association de PVVIH conduisant cette activité peut en profiter pour faciliter aux PVVIH l'accès aux préservatifs.</li> <li>▶ Utilisation des pairs</li> <li>▶ Utilisation des médiateurs au niveau des sites de pec</li> <li>▶ Gratuité des ARV et des analyses de suivi (titrage CV, PCR et comptage CD4)</li> <li>▶ La globalisation de la PEC : intégration de la pec médicale, psychosociale, nutritionnelle et économique...</li> <li>▶ Décentralisation des ARV au niveau périphérique</li> <li>▶ Stratégies avancées intégrant la PEC médicale avec dispensation ARV vers les populations</li> </ul> |

## 2.4 Les attitudes équitables

| Domaines        | Opportunités liées au genre   |
|-----------------|---|
| Prévention      | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Ne pas juger</li> <li>▶ Rassurer le client sur le respect de la confidentialité</li> <li>▶ Relancer et paraphraser pour montrer aux clients qu'on a compris expliquer en termes simples les questions techniques et scientifiques dans le cadre du counseling en utilisant une aide visuelle pour les personnes non instruites en particulier les femmes</li> <li>▶ L'utilisation de langage approprié dont le langage des signes.</li> <li>▶ Rassurer le client sur le respect de la confidentialité</li> <li>▶ Rassurer le client sur l'absence totale de jugement verbal et non – verbal</li> <li>▶ Relancer et paraphraser pour montrer aux clients qu'on a compris</li> <li>▶ Respect des normes du counseling dépistage à l'initiative du prestataire (CDIP)</li> </ul>  |
| Prise en charge | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Le respect de la confidentialité pour tous les patients quel que soit leur sexe, âge et appartenance : le strict respect de la confidentialité sur le statut sérologique est un élément indispensable à une relation de confiance avec les patients</li> <li>▶ La neutralité et la tolérance devant tout PVVIH quel que soit le sexe et l'appartenance sociale .le prestataire doit être ouvert d'esprit, capable de surmonter ses propres préjugés et stéréotypes, s'abstenir de juger (en positif ou en négatif) les personnes accompagnées, quels que soient leur tradition, leur religion, leurs croyances, leur style de vie ou leur orientation sexuelle, ne pas se substituer au guide religieux. Si la personne est assurée que le prestataire ne porte pas de jugement sur sa vie présente et passée, elle s'exprimera plus aisément.</li> <li>▶ Il faut la clarté et la précision devant tout PVVIH qui se présente :</li> <li>▶ Le prestataire, à chaque étape de la PEC doit maîtriser parfaitement les connaissances sur les activités à mener et les expliquer clairement ;</li> <li>▶ Connaissance de ses limites</li> <li>▶ Le prestataire doit connaître ses limites dans la PEC pour chaque PVVIH et doit pouvoir demander l'aide supplémentaire devant toute situation particulière.</li> </ul> |

## 2.5 Quelques actions sensibles au genre

| 1. Domaines  | 2. Actions sensibles au genre   |
|--|---|
| <p>3. Prévention</p> <p>Information, Education communication (IEC).<br/>Communication pour le changement de comportement (CCC)</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Ne pas juger</li> <li>▶ Rassurer le client sur le respect de la confidentialité</li> <li>▶ Relancer et paraphraser pour montrer aux clients qu'on a compris</li> <li>▶ Rassurer le client sur le respect de la confidentialité</li> <li>▶ Rassurer le client sur l'absence totale de jugement verbal et non – verbal</li> <li>▶ Si possible, offrir l'option de choisir le sexe et l'âge du conseiller, afin que les clients de tous âges soient à l'aise pour discuter de questions sensibles liées au comportement sexuel</li> </ul>   |
| <p>Le conseil dépistage volontaire (CDV)</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Si possible, offrir l'option de choisir le sexe et l'âge du conseiller, afin que les clients de tous âges soient à l'aise pour discuter de questions sensibles liées au comportement sexuel</li> <li>▶ Si possible, évaluer non seulement les propres comportements à risque du client, mais également ses relations de pouvoir inégales avec son/ses partenaires (coercition, peur, manque de communication et de confiance)</li> <li>▶ Expliquer en termes simples les questions techniques et scientifiques dans le cadre du counseling en utilisant une aide visuelle pour les personnes non instruites en particulier les femmes</li> <li>▶ L'utilisation de langage approprié dont le langage des signes.</li> <li>▶ Le counseling joue un rôle clé dans la préparation émotionnelle des femmes pour accepter leur diagnostic positif. Pour les femmes enceintes, cela inclus de leur offrir l'espoir qu'il y a des options pour prévenir la transmission du VIH à l'enfant à naître.</li> <li>▶ Mettre en place de moyens de réduction du risque (personnel, familial, etc.) Et l'aider à élaborer un projet de réduction du risque.</li> <li>▶ Identifier avec la cliente les difficultés potentielles et les contraintes au partage de son statut</li> <li>▶ Faire un counseling du couple en tenant compte de la situation de polygamie</li> <li>▶ Discuter des bénéfices du partage du statut, comme l'obtention d'un appui social et émotionnel, être capable d'accéder à la prévention, au traitement, aux services de soins, y compris pour les enfants à naître, et être capable de mener une vie saine et productive</li> <li>▶ Tout en priorisant la sécurité du patient, l'aider à planifier à qui, quand, il ou elle va partager son statut.</li> <li>▶ Préférer l'approche couple du cdv</li> <li>▶ Reconnaître que les femmes peuvent avoir des difficultés à initier et pratiquer le « safer sex » et leur donner une information adéquate.</li> <li>▶ Explorer les risques sans porter de jugement à propos du comportement sexuel des femmes (ex : éviter les jugements moralisateurs à propos des femmes PVVIH sexuellement actives)</li> <li>▶ Assister les femmes qui sont à risque de subir des violences avec un plan de sécurité (vers qui elles peuvent se tourner)</li> <li>▶ Démédicaliser autant que possible le test surtout pour les hommes en utilisant les autotests si disponibles</li> </ul> |

La prévention de la transmission mère – enfant (PTME)

- ▶ Les prestataires doivent encourager les hommes et les féliciter à accompagner leurs femmes au moment des CPN, ils doivent aussi leur accorder des faveurs : réduction du temps d'attente, dons de moustiquaires, etc.
- ▶ Le prestataire doit évaluer la situation socio – économique des femmes enceintes vivant avec le VIH à faire face à tous les coûts liés aux CPN.
- ▶ L'adhésion aux Mutuelles de santé est à promouvoir et à faciliter
- ▶ Aider les FVVIH enceintes à identifier une ou des personnes de leur choix à qui elles peuvent en toute sécurité révéler leur double statut et qui pourrait les aider à respecter les RV de CPN, les traitements et bilans à faire et se préparer à l'accouchement
- ▶ Les prestataires doivent rassurer les FEVVIH sur l'efficacité des ARV dans la PTME
- ▶ Un counseling thérapeutique est à faire pour une adhérence aux différents traitements notamment les ARV

La distribution de préservatifs et lubrifiants

- ▶ Rendre disponibles des préservatifs masculins et féminins ainsi qu'une information accessible sur leur usage correct
- ▶ Valoriser l'utilisation du préservatif comme meilleure méthode de double protection (contre grossesses non désirées et VIH-sida)

La prophylaxie post exposition au sang et au sexe (pep)

- ▶ En cas de soupçon d'abus sexuel, effectuer systématiquement un dépistage et une prophylaxie ARV au besoin.
- ▶ En cas de viol, l'établissement d'un
- ▶ Certificat médical, la prévention d'une grossesse, le traitement présomptif des IST et
- ▶ Prophylactique du VIH sont nécessaires.

Référence Contre Référence

- ▶ Dans le renforcement du counseling, prendre en considération les rôles et responsabilités des femmes dans la famille. Ex : au moment de leur donner l'information sur la nutrition, le sport et la prévention des IO, y inclus celles spécifiques aux femmes etc. prendre en compte leurs rôles parfois lourds (préparation de la nourriture, les soins aux personnes malades, le nettoyage et l'hygiène). Cela permettra de leur donner des conseils plus réalistes tout en les aidant à identifier les sources de soutien social à travers leurs ménages, familles et communautés.

Prévention et Traitement des IST

- ▶ Sensibiliser et conseiller la patiente et éventuellement son ou ses partenaire (s) sur le risque de récurrence. Un suivi assidu est nécessaire afin que tous les partenaires sexuels de la personne diagnostiquée soient traités pour rompre la chaîne de transmission.
- ▶ Sensibiliser les prestataires de soins pour un comportement adapté à chaque cible et constructif, y compris pour les populations clés.
- ▶ Favoriser les consultations en couple avec un counseling adapté, valorisant la participation constructive des hommes à la santé de la famille
- ▶ Eviter toute culpabilisation et rassurer de la confidentialité des informations partagées.
- ▶ Prendre en compte dans la configuration et l'aménagement des structures de santé les préoccupations de discrétion
- ▶ Eviter la culpabilisation et sensibiliser sur les risques encourus ainsi que sur la pertinence de venir en couple avec leur partenaire le plus régulier.

## Initiation aux ARV

- ▮ Evaluer les dispositions des patients à commencer les ARV et donner au besoin un soutien social avant l'initiation du traitement.
- ▮ Aider également les FVVIH à identifier une ou des personnes de leur à qui elles peuvent en toute sécurité révéler leur statut et qui pourrait les aider à commencer et poursuivre le traitement.
- ▮ Donner un traitement de longue durée pour réduire les déplacements (délégation des tâches).
- ▮ Promouvoir l'autonomisation des femmes pour faciliter l'accès aux soins de santé pour toute la famille (mutuelles de santé, AGR, formations...).
- ▮ Collaborer avec le niveau communautaire afin que d'alléger la charge de travail des femmes (ex : aider dans le transport et le soin aux enfants)
- ▮ Dans un langage simple, donner l'information de base sur les prescriptions, le dosage, l'adhérence, les interactions médicamenteuses et les précautions à prendre au niveau alimentaire.
- ▮ Aider les FVVIH à fixer des plans de traitement prenant en considération leurs rôles et responsabilités quotidiennes.

## PEC des infections opportunistes (IO)

- ▮ Les prestataires de soins de santé doivent être proactifs et demander aux FVVIH si elles connaissent des problèmes liés à la sphère génito-urinaire.
- ▮ Dépistage systématique du cancer du col de l'utérus et du sein
- ▮ Sensibiliser les FVVIH sur la reconnaissance et le traitement précoce des symptômes liés à leur système reproductif ainsi que l'obtention de frottis vaginaux pour la détection de cancer cervicaux.
- ▮ Fournir l'information à propos de l'hygiène sexuelle et reproductive dans le but d'empêcher, retarder et gérer les symptômes gynécologiques dans le long terme

## Adhérence et maintien aux traitements

- ▮ Dans des situations de non adhérence, les prestataires doivent reconnaître les difficultés du patient et éviter de faire des jugements ou verser dans la culpabilisation
- ▮ Ils peuvent également aider les patients à choisir des outils qui aident à l'adhérence en toute confidentialité. Ex : relance par le téléphone calendriers, alarmes etc.
- ▮ Délégation de tâches
- ▮ Faire un counseling sur les effets secondaires
- ▮ Gérer les effets secondaires.
- ▮ Sensibiliser et encourager les FVVIH enceintes à accoucher dans une structure de santé.
- ▮ Planifier l'accouchement dans une structure de santé pour bénéficier de la prophylaxie ARV.

## Soins palliatifs

- ▮ Donner aux personnes qui dispensent les soins palliatifs, des informations sur les symptômes spécifiques aux FVVIH et au HVVIH et sur la manière de les gérer.
- ▮ Donner aux communautés des informations de base sur les précautions universelles, la gestion des symptômes, la prise des ARV, les effets secondaires ainsi que les soins de fin de vie.
- ▮ Fournir du matériel de base aux personnes qui donnent les soins (gants, produits de
- ▮ Les prestataires doivent être portés une attention particulière aux signes de souffrance chez la femme.
- ▮ Expliquer le besoin pour les femmes et les filles qui donnent les soins d'avoir une assistance dans certaines tâches (ex : déplacement du malade, bains, aide pour aller aux toilettes etc.)
- ▮ Sensibiliser les personnes préposées aux soins sur les différences potentielles dans l'expression de la douleur chez les hommes et les femmes, selon le contexte dans lequel ils vivent. Ex : dans certaines cultures, les hommes se sentent en devoir de nier leur douleur
- ▮ Il est important d'apporter une assistance psychologique plus soutenue aux femmes qui accompagnent les malades en fin de vie.

PEC psychosociale et nutritionnelle

- ▶ Promouvoir l'éducation nutritionnelle, le renforcement nutritionnel, la sécurité alimentaire et l'autonomisation des patients.
- ▶ Soutenir également les FVVIH enceintes à identifier une ou des personnes de leur choix à qui elles peuvent en toute sécurité révéler leur statut et qui pourrait les aider à être adhérentes.

## Chapitre 3 : Notions de base sur l'intégration du genre la lutte contre le paludisme

Dans le domaine de la santé, la prise en charge de la prévention depuis la formation initiale est basée sur la neutralité de genre. Ceci a des effets négatifs tant dans la demande, l'offre de service et l'atteinte des objectifs. Les prestataires doivent devant chaque client (patient) percevoir les spécificités liées au genre. Ils doivent identifier les situations d'inégalités qui peuvent se poser et d'intégrer cela dans leurs stratégies et actions. Ceci impactera sur l'accessibilité, l'acceptabilité des services de santé du fait de l'équité femmes et hommes. Le PNLP/DLM/MSAS s'est engagé résolument à institutionnaliser le genre dans ses actions aux différents niveaux de la prévention et de la prise en charge.

Procéder à l'analyse comparée selon le sexe, l'âge de situation d'handicap et de vulnérabilité des bénéficiaires des soins et de la prise en charge intégrée dans les stratégies de communication du programme des liens de partenariat femme homme excluant tout stéréotypes, préjugés stigmatisation sexistes Intégré le genre au programme national de lutte contre la paludisme suppose l'assignation d'un indicateur de résultat relatif au genre.

Tenir compte de la spécificité genre a pour plus-value une optimisation de l'atteinte des objectifs globaux de baisse de la morbidité et de la mortalité palustre.

### 3.1 Vulnérabilité biologique des femmes enceintes

Le paludisme a des conséquences graves sur la santé de la mère, du fœtus et du nouveau-né, s'il n'est pas pris en charge dans les 24 heures en cas d'apparition de fièvre.

#### 3.1.1 Vulnérabilité des enfants de 0 à 120 mois

Les cibles nouveaux nés et enfants sont plus ou moins vulnérables selon les zones de forte ou faible incidence du paludisme. Pour une bonne prévention du paludisme les prestataires doivent en respectant les directives du PNLP tenir compte de ces facteurs d'iniquité géographique, environnementale entre autre.

#### 3.1.2 Vulnérabilité des populations vivant avec un handicap

Au delà de la précarité dans laquelle vivent une bonne partie de cette cible, leur condition constitue une spécificité qui exclut toute neutralité dans la prévention et la prise en charge de la maladie.

### 3.2. Intégration du genre dans la prévention du paludisme

Les contraintes liées au genre dans la prévention du paludisme

#### 3.2.1.1 Le traitement préventif intermittent chez la femme enceinte (TPIg)

Les rapports de pouvoir traditionnels parmi les couples peuvent faire que les femmes ne reçoivent pas de soins prénataux. La faible connaissances et implication des hommes qui ont un pouvoir de décision sur leur épouse autorisant ou non leur recours aux structures de santé, facteur influent sur la morbidité palustre et la non atteinte des objectifs du TPIg.

Les obstacles économiques peuvent empêcher aux femmes enceintes d'accéder à un traitement préventif intermittent lorsque les services ne disposent pas de matériel pour le Traitement Directement Observé (TDO) et exigent que les femmes achètent de l'eau pour le prendre, qu'elles prennent en charge le transport vers les services de soins prénataux ainsi que le coût du médicament si non disponibles au niveau du PPS. Il en est de même pour leur recours précoces aux soins et ceux de leurs enfants touchés par le paludisme vers les services de santé sans la permission de leur partenaire.

### **3.2.1.2 La distribution en routine de la moustiquaire imprégnée à longue durée d'action (MILDA)**

Pour maintenir la couverture universelle en MILDA le programme national de lutte contre le paludisme(PNLP) a mis en place un système de distribution de routine rendant la MILDA gratuite que pour les femmes enceintes.

La dépendance des femmes, adolescents et jeunes peuvent faire qu'ils n'utilisent pas de moustiquaires imprégnées surtout quand du fait de la promiscuité, de la polygamie, la femme est obligée parfois de laisser sa MILDA dans la chambre ou la case de son époux.

La non prise en compte de la gratuité des hommes en situation de précarité (maladies chroniques ou indigents, et personne vivants avec un handicap), des enfants et adolescents ayant des comportements les exposants aux piqûres de l'anophèle. le paludisme touche également les hommes qui présentent un risque plus élevé s'ils travaillent dans les champs, pâturages, chantiers, les mines, pendant les heures de prédilection de piqûre des moustiques.

La non prise en compte de la spécificité des femmes et hommes issues des maisons d'arrêt et de correction (MAC) dans les programmes de prévention du paludisme même s'ils sont considérés comme faisant partie de la zone de responsabilité des PPS demeurent dans la réalité très vulnérable.

Ces cibles dans une perspective genre doivent bénéficier sans stigmatisation et en toute sécurité des programmes de prévention comme tous citoyens.

### **3.2.1.3 L'aspersion intra domiciliaire (AID)**

Une stratégie de prévention qui nécessite une sélection selon des critères techniques et scientifiques des zones bien précises. L'adhésion des bénéficiaires est un des préalables pour l'atteinte des objectifs, le faible statut décisionnaire des femmes est un obstacle pour l'enrôlement de leur concession surtout si les hommes ne sont pas bien sensibilisés

La faible participation des femmes dans cette intervention du fait de leur faible niveau d'instruction les excluant d'office des postes de responsabilité, contrairement aux hommes ( CF Review of Gender issues in the AIRS, Juin 2013) « Selon les pratiques culturelles le traitement discriminatoire de la femme vient du fait que son rôle premier est de rester au foyer. » Les populations ayant l'habitude de ne voir que les hommes faire le travail de pulvérisateur compte tenu de la lourdeur des pompes (outil principal), le port de l'EPI et en général de pantalon est mal vu par certaines populations et familles religieuses qui interdisent le port de cette tenue par les femmes qui ont du mal à vêtir cette tenue devant leurs enfants, leurs familles. En outre le consentement du conjoint pour faire ce travail est toujours sollicité par les femmes.

#### **✓ La chimio prévention du paludisme saisonnier (CPS) de 3 à 120 mois**

La stratégie s'adresse à une cible 3 à 120 mois dans certaines zones de forte incidence palustre. D'où l'exclusion d'une certaine catégorie ayant les mêmes besoins. dans ce cas aussi la place primordiale de l'homme en tant que chef de famille disposant en général du pouvoir d'acceptabilité ou non de la stratégie pour sa progéniture.

#### **✓ L'IEC/CCC**

La faible connaissance et implication des hommes sur les avantages des mesures de prévention est un des facteurs de non engagement et d'appropriation des stratégies de lutte contre le paludisme.

### **3.2.2 Les opportunités liées à l'intégration du genre dans la prévention du paludisme.**

#### **3.2.2.1 Le traitement préventif intermittent (TPIg )**

Disponibilité et compétence des acteurs aussi bien homme et femme dans la mise en œuvre facilité d'adaptation du personnel aux directives nationales .

#### **3.2.2.2 La distribution en Couverture Universelle (CU) et en routine de la moustiquaire imprégnée à longue durée d'action (MILDA)**

La couverture universelle en MILDA intègre le genre aucune discrimination dans la distribution.

Dotation de MILDA gratuite à chaque femme enceinte lors du premier contact avec le prestataire

### **3.2.2.3 L'aspersion intra domiciliaire (AID)**

L'AID peut se faire par les hommes et les femmes excepté les femmes enceintes

### **3.2.2.4 La chimio prévention du paludisme saisonnier (CPS) de 3mois à 120 mois**

Intéresse tous les enfants quel que soit le sexe, le statut social excepté les malades de la cible.

Le Sénégal d'après une évaluation de la CPS a élargi la cible au-delà des recommandations de l'OMS de 3 mois à 60 mois à 3mois à 120 mois.

### **3.2.2.5 L'IEC/CCC**

Les outils d'IEC /CCC prennent de plus en plus en compte l'aspect genre.

En principe les acteurs communautaires sont sélectionnés sans aucune discrimination de genre ou de statut. Les activités ciblent toutes couches de la population.

### **3.2.3 les attitudes inéquitables dans la prévention du paludisme**

- ▮ Insuffisance voir absence de la communication interpersonnelle sur l'intérêt des moyens de prévention du paludisme Selon que le prestataire est homme ou femme,
- ▮ les femmes respectent plus les consignes d'utilisation des moyens de prévention que les hommes (accrochage, entretien), recours précoces au moins dans les 24 heures )
- ▮ Le refus des maris à adhérer aux stratégies de prévention malgré l'engagement des femmes
- ▮ Postes de responsabilité et de décision dans les interventions sont en majorité confiés aux hommes
- ▮ faible sensibilisation des hommes sur la continuité des soins à domicile
- ▮ L'IEC/CCC : Discrimination dans le choix des cibles en faveur des femmes
- ▮ Faible implication des indigents des cibles vulnérables, les adolescents et jeunes des personnes vivants avec un handicap par rapport
- ▮ Discrimination dans le choix des responsables des activités d'IECC

### **3.2.4 les attitudes équitables dans la prévention du paludisme**

- ▮ *Le traitement préventif intermittent (TPi et CPS )*
- ▮ Respect des directives de prise en charge selon les critères sexospécifiques
- ▮ La chimio prévention du paludisme saisonnier (CPS) de 3 à 120 mois
- ▮ *La distribution en routine de la moustiquaire imprégnée a longue durée d'action (MILDA).*
- ▮ La couverture universelle qui cible les couchages pas de discrimination dans le principe
- ▮ *L'aspersion intra domiciliaire (AID)*
- ▮ Elle cible l'ensemble des maisons éligibles requière le consentement des bénéficiaires
- ▮ *L'IEC/CCC*
- ▮ Le plan communication des PPS élaborés sans discrimination de genre

### **3.2.5 Quelques actions sensibles au genre dans la prévention du paludisme**

- ▮ Convoquer les époux (ou partenaire) des femmes enceintes au moins une fois lors des CPN.
- ▮ Sensibiliser les hommes sur la prévention du paludisme chez la femme enceinte.
- ▮ Rendre gratuit la MILDA de routine pour les indigents et personnes vulnérables (détenus, personnes vivant avec un handicap etc...)
- ▮ Rendre équitable la répartition des responsabilités lors du recrutement des acteurs pour le déroulement des activités.
- ▮ Plaidoyers auprès des autorités et des comités de sélection des acteurs lors des réunions de planification.

- ▮ Application d'une discrimination positive en faveur des femmes à compétence égale
- ▮ Promouvoir les femmes dans les postes de responsabilités (chef d'équipe, chef de site, magasinier.
- ▮ Impliquer les Groupements féminins et Badjénu Gox dans les réunions de planification ou micro planification
- ▮ Augmentation du pouvoir décisionnel chez les femmes
- ▮ Mettre en œuvre des stratégies IEC /CCC novatrices permettant d'atteindre toutes les cibles en particulier hommes, adolescents et jeunes, personnes vivants avec un handicap lors des activités préventives du paludisme.

### **3.3 Intégration du genre dans la prise en charge ( PEC ) du paludisme**

#### **3.3.1 Les contraintes liées à l'intégration du genre dans la PEC du paludisme au niveau des PPS**

L'organisation des horaires d'accueil au niveau des PPS découragent les clients à rechercher des soins selon leur disponibilité et besoins spécifiques.

Les services de santé ou les soins sont dispensés par des femmes ou des hommes selon les besoins constituent un obstacle à la PEC à temps pour le sexe opposé

- ▮ Absence de gratuité de la PEC du paludisme grave quel que soit la cible sans tenir compte des caractéristiques sociaux (personnes vivant avec un handicap, indigents, femmes enceintes ...)
- ▮ Le recours et la référence tardifs aux soins liés au faible pouvoir de décisions et à la dépendance financière des femmes ; des adolescentes jeunes .

#### **3.3.2 les contraintes liées au genre dans la PEC du paludisme au niveau communautaire**

- ▮ Le bénévolat des Dispensateurs de Soins à Domicile (DSDOM dans la Prise en charge des cas à domicile des Cas à domicile (PECADOM) entraîne chez les hommes beaucoup de cas d'abandon pour des raisons économiques ;
- ▮ Inéquité dans la prise en charge des acteurs communautaires de soins ( DSDOM, ASC cases)
- ▮ Pour les femmes des raisons sociales ( mariage, divorce, veuvage, économique...)voir même le désaccord du mari qui en un moment donnée ne voit aucun intérêt de ce travail dans leur foyer.

#### **3.3.3. Attitudes inéquitables dans la PEC paludisme**

- ▮ Choix de la personne à prendre en charge selon la sexospécificité (croyances culturelle, religieuses...) entraînant un retard tardif aux soins
- ▮ Organisation personnelle des horaires de réception des clients ne tenant pas compte du contexte socio culturel, professionnel (disponibilité des clients aux horaires fixés par les prestataires) économiques (jour de marché hebdomadaire, et de travail de lingère ne coïncidant pas avec les l'organisation des horaires dans les PPS... )

#### **3.3.4. Actions intégrant le genre dans la PEC du paludisme**

- ▮ Sensibiliser les bénéficiaires à adhérer dans les mutuelles de santé.
- ▮ Permettre aux clients d'accéder aux soins prioritairement dans la fourchette d'horaires officielles et secondairement en continue ( heures de permanence et de garde ).
- ▮ Référer aux prestataires selon le choix du bénéficiaire ( respect de la sexospécificité ).
- ▮ Sensibiliser les collectivités locales et comité de santé dans la prise en charges des DSDOM
- ▮ Faire la promotion de la carte d'égalité des chances pour les personnes vivant avec un handicap en vue de leur intégration dans les mutuelles de santé
- ▮ Permettre au client de choisir le prestataire pour sa prise en charge

### **3.3.5 intégration du genre dans la Gestion des données du paludisme**

Les prestataires devront :

- ▶ remplir les outils de gestion en respectant les instructions de remplissage
- ▶ exploiter les données en intégrant les aspects liés au genre
- ▶ analyser les données en mettant l'accent sur les spécificités genres
- ▶ Actions intégrant le genre dans la gestion des données
- ▶ respecter scrupuleusement les consignes de remplissage des outils de gestions
- ▶ enregistrer dans la partie observation des données relatives au genre (personne vivant avec handicap, type d'handicap, indigent, vulnérables...)
- ▶ Exploiter les données en tenant compte de la spécificité genre
- ▶ analyser les données en mettant l'accent sur l'approche genre ( tranche d'âge , sexe, vulnérabilité... )

## **Chapitre 4 : Genre et lutte contre la tuberculose**

### **4.1 Notions de base sur genre et TB**

Le concept de genre permet d'établir la distinction entre le rôle biologique et le rôle social et aide à comprendre comment le processus de socialisation des hommes et des femmes leur assigne des rôles et des positions différents qui influent sur les inégalités par rapport à l'accès à l'information, aux soins, à l'éducation, au développement économique et à la distribution des responsabilités.

Ainsi, par rapport à la tuberculose, l'utilisation de la grille d'analyse du genre permet de voir quels sont les déterminants liés aux inégalités de genre qui peuvent ou non influencer sur la maladie.

#### **4.1.1 Vulnérabilité des hommes à la tuberculose pulmonaire**

Il est difficile d'expliquer la plus grande infection pour les hommes mais des hypothèses peuvent être avancées. De par les conditions de travail les hommes sont plus exposés face à la tuberculose et aux conséquences, en termes de transmission.

Le brassage humain du fait des activités professionnelles (mobilité, contact avec des cas probables de tuberculose) et le travail en atmosphère confinée pour la majorité des hommes (bureaux, usines, ateliers de couture, mines ...) les exposent à la maladie contrairement aux femmes qui pour la plupart restent dans les maisons pour s'occuper des travaux ménagers. Au-delà des activités professionnelles, des comportements et le statut les rendent plus vulnérables comme la cigarette, l'alcool, le stress inhérent aux charges familiales.

#### **4.1.2 Vulnérabilité économique des femmes**

Les femmes sont plus fragiles économiquement pour faire face à la tuberculose, du fait de la grande faiblesse de leurs revenus mais aussi de leur dépendance économique vis-à-vis des hommes (billet de transport, ticket de consultation...). Dans cette fragilité économique, l'Étude sur tuberculose et genre réalisée en 2014 a montré que **55,78%** des femmes étaient confrontées à des difficultés financières face à la prise en charge de la tuberculose contre seulement **16,28%** des hommes atteints. (Réf étude TB /genre 2014).

#### **4.1.3 Vulnérabilité des hommes et des femmes basée sur la promiscuité et la pauvreté**

Les conditions sociales liées à la pauvreté exposent hommes et femme à la tuberculose. En effet la promiscuité, la malnutrition et les habitats précaires et inadaptés sont à l'origine d'une transmission rapide de la maladie aussi bien chez les hommes que chez les femmes .

#### **4.1.5 Vulnérabilités des enfants de 0 à 14 ans**

Les enfants du fait de l'immaturation de leur système immunitaire sont particulièrement exposés à la tuberculose. Leur dépendance financière vis-à-vis des parents et tuteurs influe principalement sur le recours précoce aux soins. D'un autre côté leur incapacité d'évaluation du risque face à la maladie peut

être source de retard de consultation en l'absence d'un adulte averti sur la reconnaissance des signes de présomption de la tuberculose et pour la référence médicale des enfants de 0 à 14 ans contacts de patients tuberculeux.

Ainsi, tout enfant âgé de 0 à 5 ans vivant en contact d'un tuberculeux contagieux doit bénéficier d'une chimioprophylaxie à l'isoniazide pendant 06 mois pour être protégé de la maladie.

#### **4.1.6 Vulnérabilité des femmes dans leur rôle d'accompagnement des malades**

Concernant les prises en charge en cas de maladie dans la famille, l'enquête TB et Genre réalisée en 2014 avait objectivé que les femmes avaient plus de responsabilités vis-à-vis du malade tuberculeux, avec 39,3% des femmes contre 16,8% pour les hommes.

Les principales raisons avancées sont liées à leur rôle social, en tant que mères, sœurs et épouses. Toujours dans cette enquête, 42, 05% des réponses indiquent que ce sont les femmes qui doivent assumer cette charge et les raisons avancées sont les suivantes (réf Etude TB/genre 2014) :

- ▮ Elles sont mères de famille (10,20 %) ;
- ▮ Elles sont plus sensibles (5,76 %) ;
- ▮ Elles sont tout le temps sur place et sont donc plus disponibles (8,82 %) ;
- ▮ Elles ont comme rôle de s'occuper des maladies (17,2%).

### **4.2 Genre dans la prévention de la TB**

#### **4.2.1 Les contraintes liées au genre dans la prévention de la TB**

La tuberculose est une maladie de la pauvreté et de l'inégalité. Son caractère stigmatisant peut freiner les efforts de prévention. Un certain nombre de facteurs liés aux droits de l'Homme ou au genre peuvent entraver l'efficacité, l'accessibilité et la pérennité des programmes de prévention contre la tuberculose à savoir la vaccination, l'IEC/CC, la thérapie préventive des PVVIH et la thérapie préventive des enfants.

##### **4.2.1.1 La vaccination**

Le BCG protège tous les jeunes enfants contre les formes graves de tuberculose, notamment la méningite et la miliaire. La vaccination de routine au BCG doit être administrée à tous les nouveau-nés, quel que soit le sexe, à la naissance, à l'exception de ceux présentant des signes de SIDA. Ces nouveaux nés sont conduits par leurs mères dans les services de prévention infantile. Toutefois elles disposent de moins de revenus, ce qui peut influencer leur dépendance dans la prise de décision d'amener les enfants en vaccination dans les centres de santé et les postes de santé.

##### **4.2.1.2 IEC /CC**

La participation des hommes aux activités de communication sur la tuberculose, nonobstant qu'ils sont plus touchés par la maladie, est faible contrairement aux femmes. Par ailleurs dans les ménages, les conditions environnementales ne favorisent pas toujours les mesures de contrôle de l'infection (aération, ensoleillement) (Réf Enquête TB et Genre 2014).

Une bonne implication des hommes peut mieux aider à combattre les fausses idées, la stigmatisation autour de la maladie, à favoriser leur participation financière aux soins et à donner aux communautés vulnérables toutes les informations pour maîtriser l'infection tuberculeuse.

##### **4.2.1.3 Thérapie préventive des PVVIH**

Le fait d'administrer la thérapie préventive à l'isoniazide en raison de 5 mg/kg/ jour, pendant 6 mois chez toutes les PVVIH hommes et femmes indemnes de tuberculose est une stratégie efficace mise en œuvre dans le pays pour prévenir la tuberculose. Toutefois, le diagnostic de la TB est difficile et donc souvent tardif chez les PVVIH en raison de la double stigmatisation. L'injustice et les inégalités en matière de genre, accentuent le risque de contracter le VIH surtout chez les femmes (lévirat sororat, polygamie...).

##### **4.2.1.4 La recherche des tousseurs chroniques**

L'information dans les médias, les mobilisations sociales, les causeries dans les ménages, et l'enquête autour de chaque cas de tuberculose contagieuse sont mises en œuvre pour l'orientation des tousseurs chroniques et leurs contacts vers les structures de soins afin de mieux contrôler l'infection dans la

communauté. Cependant, les personnes vivant dans la pauvreté et qui font face à la surpopulation, à des environnements mal ventilés et à des carences nutritionnelles sont plus vulnérables à la tuberculose. Il est probable qu'elles soient aussi désavantagées et ne reçoivent pas d'informations fiables sur la tuberculose, ou n'aient pas accès adéquats

#### **4.2.1.5 La chimio prophylaxie des enfants contacts**

Tout enfant de 0- 5ans en contact avec un patient tuberculeux indemne de toute tuberculose évolutive est mis sous chimiothérapie préventive à l'isoniazide à la dose de 10 mg/kg/j, sans dépasser la dose de 300 mg/j, pendant 6 mois. Cette stratégie préventive est préconisée pour tout enfant vivant sous le même toit ou ayant des contacts proches avec un patient tuberculeux quel que soit le sexe. La stratégie n'est pas encore optimale en raison de la faiblesse de l'implication des parents et des prestataires de soins dans le processus.

### **4.2.2. Les opportunités liées au genre dans la prévention de la TB**

#### **4.2.2.1 Vaccination**

- ▮ La quasi gratuité des services du programme élargi de vaccination dont le BCG est le premier à être administré à l'enfant peut réduire la dépendance dans la prise de décision ;
- ▮ L'allègement du transport des mères avec le renforcement des structures en zone rurale ;

#### **4.2.2.2 La chimio prophylaxie des enfants contacts**

- ▮ Le renforcement des interventions communautaires depuis 2012 avec l'ONG Plan qui a contractualisé avec des OCB composés d'hommes et de femmes, facilite le dialogue sur la tuberculose au sein des ménages. Les relais ont pour rôle de sensibiliser davantage les parents de l'enfant contact pour son enrôlement.
- ▮ L'intégration de la composante TB dans les services de santé de la reproduction qui peut améliorer le recours précoce aux soins
- ▮ La création de pôles mère-enfant dans les structures de soins périphériques qui peut favoriser l'accès aux soins des femmes quel que soit leur statut.

#### **✓ La recherche de tousseurs chroniques**

La recherche de tousseurs chroniques est orientée vers les ménages et les populations clés qui constituent des groupes exposés à la tuberculose ; les opportunités existantes pour favoriser la recherche des tousseurs chroniques passe par :

- ▮ le dépistage actif dans la communauté avec la radiographie mobile
- ▮ les interventions domiciliaires des relais
- ▮ la diversité des messages TB dans les médias

#### **✓ Thérapie préventive des PVVIH**

Elle fait partie des 12 points d'intégration des services TBVIH. Elle est renforcée par :

- ▮ La meilleure intégration des services TBVIH à travers les prestataires
- ▮ La recherche active de TB chez les PVVIH quel que soit le sexe

#### **✓ L'IEC/CCC**

Il s'agit de renforcer les stratégies suivantes :

- ▮ La diffusion des messages de sensibilisation dans les médias pour renforcer l'accompagnement des femmes par les hommes dans les mécanismes de prévention de la tuberculose ;
- ▮ La prise en compte du genre dans la révision des supports de communication
- ▮ L'utilisation des autres secteurs dans la communication ( jeunesse, sport, famille éducation etc.).

### 4.2.3 Les attitudes équitables dans la prévention de la TB

Elles tournent autour :

- ▮ De l'orientation des enfants contacts du ménage quel que soit le sexe du patient contagieux
- ▮ Du dépistage et du diagnostic de tous les cas présumés TB ;
- ▮ Du renforcement de capacités des prestataires pour une meilleure prise en charge des cas de tuberculose ;
- ▮ De l'intensification du dépistage actif de la tuberculose chez les populations clés quelque soit le sexe (détenus, orpailleurs, enfants, PVVIH, diabétiques, étudiants) et dans les zones à forte charge TB ;
- ▮ Du renforcement et de la décentralisation des moyens de diagnostic bactériologique TB ;
- ▮ De la mise en œuvre de la communication et des interventions communautaires ciblant les deux sexes.

### Quelques actions sensibles au genre dans la prévention de la TB

- ▮ Respect des mesures de contrôle de l'infection par l'aération et l'ensoleillement des salles d'accueil et services de TRI pour éviter la contamination des enfants, des femmes enceintes et des immuno- dépressifs
- ▮ La vaccination des enfants au BCG à la naissance,
- ▮ La chimio prévention de la tuberculose chez les enfants de 0-5 ans et les PVVIH ;
- ▮ La sensibilisation des hommes sur la tuberculose surtout chez les jeunes (15-45 ans)
- ▮ L'information des patients et patientes sur la survenue d'effets indésirables au cours du traitement
- ▮ Le soutien et la référence du patient et de la patiente vers les structures sanitaires adéquates en cas d'effets indésirables.

## 4.3 Genre dans la PEC de la TB

### 4.3.1 Organisation de la prise en charge de la tuberculose

Tous les patients tuberculeux confirmés doivent recevoir un traitement de longue durée (6 à 20 mois selon la sensibilité des ATB) au niveau du Centre de santé ou poste de santé sans aucune discrimination liée à la maladie ; La prise de médicaments est supervisée par des prestataires homme ou femme formés dans le cadre de la prise en charge.

- ▮ Souvent les patients tuberculeux ont tendance à se cacher lors de la dispensation de traitement et dans certaines structures, les locaux de prise de PEC ne respectent pas les normes propices à la confidentialité.
- ▮ Dans beaucoup de structures périphériques, la gestion de la tuberculose est confiée à un agent de santé communautaire.
- ▮ Certains prestataires hommes récalcitrants sont devenus chargés de traitement de la tuberculose en guise de sanction.

Ces attitudes et pratiques sont en train d'être bannies dans les structures pour lever la stigmatisation liée à la maladie dans les structures et communautés

#### 4.3.1.1 Le traitement jusqu'à guérison des cas dépistés

- ▮ Les femmes seront plus fragiles pour faire face à la maladie. En effet, il arrive que la faiblesse de leurs revenus influence leur dépendance dans la prise de décision pour les consultations lorsqu'elles se sentent malades, mais aussi à l'accès à une bonne alimentation en cours de traitement antituberculeux.
- ▮ Il est aussi important de noter que la première consultation est payante avant la confirmation du diagnostic et qu'il existe de couts indirects supportés par les patients lors du traitement
- ▮ les hommes ne partagent pas toujours l'information avec leurs conjointes occasionnant ainsi une référence faible des enfants contacts.

### **4.3.1.2 Les opportunités de la PEC de la TB**

#### **4.3.1.2.1 Organisation de la prise en charge de la tuberculose**

- ▮ La prise en charge est bien prise en compte au niveau des structures par l'identification d'un agent chargé de traitement sans distinction de sexe.
- ▮ Les prestataires hommes et femmes sont formés sur la prise en charge de la tuberculose. Ces formations sont mises à jour régulièrement pour permettre aux prestataires d'être performants dans la PEC des malades.
- ▮ Les outils de gestion sont disponibles et les prestataires sont supervisés par les équipes régionales et centrales composées d'hommes et de femmes ayant une expertise avérée sur la tuberculose.

#### **4.3.1.2.2 Le traitement jusqu'à guérison des cas dépistés**

Le traitement repose sur des principes de gratuité en raison du caractère de la maladie. En effet certaines opportunités s'offrent aux patients tuberculeux qu'ils soient de sexe masculin ou féminin il s'agit de :

- ▮ La gratuité des médicaments ATB
- ▮ La gratuité de l'examen de dépistage
- ▮ L'appui nutritionnel en cas de TB MR
- ▮ Du soutien en frais de transport pour la TBMR et sensible
- ▮ Des médicaments gratuits pour les effets secondaires
- ▮ De l'accompagnement psychosocial par les intervenants communautaires et assistants sociaux

### **4.3.2 Les attitudes équitables en matière de prise en charge de la tuberculose**

Le prestataire doit :

- ▮ consulter en priorité les touseurs chroniques quel que soit le sexe pour éviter la contamination nosocomiale causée par les longues attentes
- ▮ partager avec le patient quel que soit le sexe, l'âge toutes les informations liées à la maladie et au traitement pour permettre un meilleur suivi et éviter la résistance
- ▮ insister sur les mesures de contrôle de l'infection quel que soit le sexe et l'environnement social et professionnel du patient
- ▮ éviter de développer des comportements stigmatisants envers les patients au cours du traitement
- ▮ veiller à la disponibilité des tests VIH dans la salle de consultation pour éviter le déplacement des patients vers un autre service (intégration)
- ▮ demander en qualité de chargé de traitement l'avis du médecin devant toute situation médicale dépassant ses limites.
- ▮ respecter la proposition du test VIH à tous les patients TB quel que soit leur sexe, âge et statut social
- ▮ respecter la confidentialité sur le statut sérologique des patients TB infectés par le VIH
- ▮ réaliser un interrogatoire minutieux chez les femmes pour vérifier la capacité de suivre le traitement jusqu'au bout et assurer les frais de transport en cas de besoin
- ▮ demander à chaque patient de partager l'information avec son ou sa conjoint(e) et d'amener en consultation les enfants contacts pour la thérapie préventive.

# **MODULE 5**

## **GENRE ET WASH**

## **Chapitre 1 : Les vulnérabilités liées au WASH**

Le sigle WASH renvoie aux questions relatives à l'eau, l'assainissement et l'hygiène. Sur le plan sanitaire, les maladies liées à la mauvaise qualité de l'eau et de l'assainissement sont des principales causes de morbidité et de mortalité surtout chez les enfants.

Les femmes et les filles sont souvent, les principales utilisatrices, pourvoyeuses et gestionnaires de l'eau dans les ménages mais aussi les gardiennes des normes d'hygiène dans les foyers. Dès qu'il y'a une défaillance du système d'approvisionnement en eau, ce sont les femmes qui parcourent de longues distances et passent des heures entières pour satisfaire les besoins en eau de leurs familles.

Une enquête du PNUD de 2006 montre que les femmes consacrent en moyenne 660 heures par an dans la collecte de l'eau pour leurs foyers, ce qui représente deux mois entiers de labeur en Ouganda. Cumulativement et selon certaines estimations, environ 40 milliards d'heures sont consacrées à la collecte de l'eau en Afrique sub-saharienne ; ce qui équivaut à une année de labeur pour l'intégralité de la main-d'œuvre en France.

Le secteur de l'eau et de l'assainissement peut contribuer aux efforts de réduction des inégalités et peut avoir un impact positif sur le statut social, politique et économique de la femme. Des services bien ciblés sont de nature à améliorer la santé et la sécurité des femmes et de leurs familles ainsi que de les libérer afin qu'elles s'adonnent aux activités sociales, économiques et politiques, pour mieux 'consacrer du temps à la lutte contre la pauvreté' – au lieu d'être coincées dans une situation où le temps est inflexible, consommé par des tâches de routine et non productives, lesquelles perpétuent leur absence des mécanismes de prise de décisions et d'autres initiatives profitables (Banque mondiale, 2006).

## **Chapitre 2 : Le Genre, cadre de Coopération entre hommes et Femmes**

Une approche basée sur le genre peut créer un cadre de coopération entre les hommes et les femmes de sorte à mettre à contribution les connaissances et les aptitudes des uns et des autres dans la conception des programmes et pour l'atteinte des objectifs sectoriels. Les pratiques sociales communes qui désignent les hommes comme propriétaires de biens, chefs de ménage et principaux décideurs dans les sphères publiques, contribuent souvent à la marginalisation des opinions et préférences des femmes et des jeunes filles. D'autres études sectorielles ont pu établir que l'implication équitable des hommes et des femmes a une corrélation positive avec l'amélioration durable des services d'approvisionnement en eau (Narayan, 1995), ainsi qu'avec une amélioration de la transparence et de la gouvernance dans la gestion.

L'analyse des sexospécificités dans la promotion du secteur de l'eau et de l'assainissement peut s'assurer que les projets mettent à disposition les services là où l'accès est inclusif et profite à tous et ne désavantage ni les femmes ni d'autres groupes ethniques ou castes différents.

L'amélioration des conditions d'hygiène est souvent laissée pour compte dans la liste d'investissements des ménages ce qui fait que les femmes et les filles sont très souvent victimes d'opprobre. Leur intimité et leur sécurité sont partiellement déterminées en fonction de la facilité d'accès et de la localisation des infrastructures d'assainissement. Les enfants surtout, ont des besoins et préoccupations qu'il faudrait prendre en compte au moment de concevoir des interventions en matière d'assainissement à leur intention. En se servant du prisme du genre, on peut s'assurer que les services d'assainissement deviennent la priorité des décideurs et que la technologie est adaptée aux besoins.

L'eau utilisée pour la production est liée à la création de la richesse, cependant, l'accès aux moyens de production et le contrôle des ressources exclue souvent les femmes dans certaines communautés. Ainsi, une stratégie sensible au genre visera à s'assurer que les femmes sont des bénéficiaires en facilitant leur participation en tant que décideurs et investisseurs.

## Chapitre 3 : Les maladies liées au WASH

### 3.1 L'eau, l'hygiène et l'assainissement pour protéger la santé des nouveau-nés

Pour protéger de manière adéquate les nouveau-nés des risques d'infection, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) préconise « six règles de propreté » pour les accouchements et les soins postnatals : lavage des mains (pour les personnels assistant à l'accouchement et chargés des soins postnatals) ; nettoyage du périnée ; nettoyage de la surface où l'accouchement a lieu ; un cordon ombilical proprement coupé ; un nœud ombilical proprement réalisé et des soins hygiéniques du cordon ombilical.

Outre ces mesures, il est important de maintenir les nouveau-nés dans un état de propreté générale en les lavant avant et après qu'ils aient mangé ou déféqué.

Cependant toutes ces pratiques dépendent de :

- ▶ l'accès et l'utilisation d'une eau non contaminée par des pathogènes ou des produits chimiques et pour cela, il faut avoir un accès pratique et continu à une quantité suffisante d'eau potable ;
- ▶ l'élimination des déchets de l'accouchement (c.-à-d. le placenta et les déchets médicaux) de façon hygiénique ainsi que l'élimination hygiénique systématique des excréments du nouveau-né ;
- ▶ l'accès et l'utilisation de désinfectants (c.-à-d. du savon et des détergents) pour assurer des conditions hygiéniques (c.-à-d. le lavage des mains et du corps, le nettoyage des surfaces et des instruments, le lavage des draps, etc.).

### 3.2 L'eau, l'hygiène et l'assainissement pour protéger la santé maternelle

Au-delà des conditions d'accès à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène au moment de l'accouchement, l'accès à ces services tout au long de la vie de la femme a des conséquences directes sur la santé du nouveau-né. Par exemple, un retard de croissance durant son enfance constitue plus tard pour la femme un facteur de risque d'accouchement difficile. Une anémie chez la mère causée par une alimentation de mauvaise qualité et des infections par ankylostomes accroît les risques associés à la grossesse et à l'accouchement. Enfin, une mauvaise alimentation de la mère compromet la santé des nouveau-nés. Ces complications sont intimement liées aux conditions d'accès à l'EAH et contribuent aux décès prématurés chez les nouveau-nés, qui représentent environ 35 % de l'ensemble des décès dans ce groupe d'âge.

### 3.3 L'eau, l'hygiène et l'assainissement dans les services de maternité et à domicile

Dans certains milieux défavorisés, les femmes accouchent beaucoup plus souvent chez elles que dans les établissements de santé. Selon une étude récente évaluant les conditions des accouchements à domicile, la plupart se déroulent sans accès adéquat à l'eau et à l'assainissement. Les résultats d'une étude réalisée par l'Organisation mondiale de la santé (à paraître) sur l'accès à l'eau et à l'assainissement dans les établissements de santé indiquent que les conditions sont similaires pour les accouchements qui ont lieu en milieu hospitalier.

Sur un échantillon de 54 pays à faible revenu, 38 % des établissements de santé ne disposent pas d'un approvisionnement en eau potable, 19% n'ont pas d'équipements d'assainissement améliorés et 35 % n'ont pas de savon pour le lavage des mains. C'est en Afrique que l'accès à l'eau potable est le plus faible, avec 42% des établissements non desservis. S'agissant de l'assainissement, c'est le continent américain qui est le moins bien desservi, avec 43 % des établissements non équipés. Il est important de noter que ces chiffres ne précisent pas si l'approvisionnement est constant ou si l'établissement est raccordé directement au service d'eau. L'OMS en déduit par conséquent que sur l'ensemble des structures disposant d'une forme d'approvisionnement en eau potable, celui-ci n'est fiable qu'environ dans la moitié des cas.

Les conséquences de l'absence d'EAH adéquat dans les établissements de santé vont bien au-delà des risques d'infection chez les nouveau-nés et touchent également les patients et le personnel soignant. Un examen systématique des infections nosocomiales (contractées dans un établissement de santé) fait état de taux d'infection pouvant aller jusqu'à 45,6 % dans certains pays. Tout comme les infections chez les nouveau-nés, les maladies nosocomiales sont étroitement liées à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène.

Le risque élevé de contracter une maladie nosocomiale et le manque d'accès à des services EAH adéquats peuvent avoir un effet dissuasif sur les patients envisageant de se rendre dans les structures de santé (y compris les femmes enceintes), ce qui contribue aux problèmes d'assiduité au travail, de motivation et de rétention du personnel soignant.

## Chapitre 4 : Gestion des menstrues et WASH

### 4.1 comportements, pratiques et croyances

La question de l'hygiène menstruelle est un point d'entrée qui permet de mettre en lumière le caractère sexo-spécifique des besoins des femmes et des jeunes filles en matière d'équité et de droits humains à l'eau, l'hygiène et l'assainissement.

Les menstruations demeurent un tabou dans de nombreuses sociétés et les attitudes et croyances culturelles négatives leur sont encore associées. Les menstruations sont un élément naturel de l'existence humaine. Pourtant, elles ont été négligées et ont fait l'objet de peu d'études de la part du secteur WASH (eau, assainissement et hygiène), ainsi que des secteurs de la santé et de l'éducation. Les femmes et filles en période de menstruation sont encore souvent considérées comme «sales» ou «impures», ce qui peut aboutir à des situations d'isolement forcé, de mobilité réduite et de restrictions alimentaires. Également, les femmes et les filles en période de menstruation peuvent être exclues de la participation aux activités sociales quotidiennes.

Certaines croyances culturelles autour des menstruations renforcent les inégalités de genre et ont un impact négatif sur la dignité, la santé et l'éducation des femmes et des filles. Les nombreux défis des filles par rapport à la gestion de leur hygiène menstruelle provoquent des absences pendant la période des menstrues. Ainsi, la gestion de l'hygiène menstruelle n'est pas seulement un sous-thème au sein du secteur WASH mais représente aussi une question de droits de l'homme qui affecte, chaque mois, la vie de près de 26% de la population mondiale (les populations des femmes en âge de procréer). Une bonne hygiène menstruelle est fondamentale pour la santé, l'hygiène, l'éducation, le travail et le bien-être des femmes et des filles

#### Les femmes et les filles qui sont en période de règles : les oubliées

L'expérience des femmes et des filles dans le monde entier révèle les mêmes problèmes : la honte, le tabou, des absences au travail et à l'école, et une souffrance en silence dus au manque d'éducation à l'hygiène menstruelle et au manque d'installations et de produits appropriés entre autres. Bien souvent, une telle expérience marque profondément l'esprit des jeunes filles et renforce la stigmatisation sociale. Ainsi, ce sont souvent les femmes et autres groupes de personnes vulnérables qui sont exclus, marginalisés ou tout simplement oubliés bien que des efforts soient actuellement entrepris à travers le monde pour améliorer les conditions sanitaires et l'hygiène. Ceci viole la Convention sur les Droits de l'Enfant (CDE), la Convention pour éliminer toutes les Formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF) et le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. En effet, c'est tout simplement une forme de discrimination que de stigmatiser les femmes et filles qui n'ont d'autres solutions pendant les menstrues que de s'isoler.

#### Faire tomber les tabous

Pour faire tomber les tabous qui entourent ce phénomène, il est important d'assurer l'accès aux informations et aux connaissances, de développer les capacités qui permettront aux filles et aux femmes de mieux vivre leurs menstruations. Aussi, il faudrait satisfaire les besoins d'ordre pratique liés aux règles, tels que l'intimité, l'eau pour laver leurs vêtements, et la disponibilité d'endroits où faire sécher les vêtements partout où les filles et les femmes jouent, étudient, travaillent ou se détendent. Ceci implique également de leur fournir des installations adaptées pour l'élimination décente des serviettes souillées. Par ailleurs, le cadre de gestion de l'hygiène menstruelle (GHM) englobe trois dimensions interdépendantes de la gestion hygiénique des menstruations.

### 4.2 Le cadre de gestion de l'hygiène menstruelle (GHM)

#### 4.2.1 Briser le silence

Cette dimension de la GHM vise à promouvoir la compréhension du cycle menstruel comme un fait de la vie et un élément biologique féminin distinct dont les femmes doivent être fières. Les jeunes filles doivent être encouragées à s'exprimer et à discuter de ce phénomène biologique de manière enrichissante et positive afin de les préparer psychologiquement et physiquement à l'apparition de leurs règles et aux périodes de menstruation à venir.

#### **4.2.2 Gérer les menstruations de manière sûre et hygiénique**

Il s'agit de s'assurer de la disponibilité d'une eau salubre en quantité suffisante, de produits de nettoyage et de lavage, ainsi que d'espaces privés permettant de gérer les menstruations de façon hygiénique, dans l'intimité et avec dignité, au sein des foyers et dans les espaces publics.

#### **4.2.3 Des solutions sûres en vue de la réutilisation et de l'élimination**

Il s'agit de s'assurer que des systèmes de réutilisation des serviettes hygiéniques, de collecte et d'élimination des déchets menstruels ne présentant aucun danger pour l'environnement sont mis en place.

## **Chapitre 5 : Gestion des déchets biomédicaux**

### **5.1 Prévention des Infections et Protection de l'environnement**

La plupart du personnel de surface qui collecte et traite les déchets biomédicaux est féminin et souvent exposé à des risques d'infection.

Les déchets biomédicaux comprennent tous les déchets produits lors d'activités de soins ou de diagnostic. Ces déchets peuvent suivre la même filière de recyclage, de ramassage et de traitement que les déchets urbains de la communauté. Ils peuvent être divisés en sept catégories suivant les risques qu'ils représentent :

- ▶ Déchets piquants et tranchants ;
- ▶ Déchets présentant un danger de contamination ;
- ▶ Déchets contenant d'importantes quantités de matériel, substances ou milieux de culture présentant un risque de propagation d'agents infectieux (cultures d'agents infectieux, déchets de patients infectieux à l'isolement) ;
- ▶ Déchets de médicaments, médicaments périmés et récipients ayant contenu des médicaments ;
- ▶ Déchets de mercure (thermomètres ou tensiomètres cassés, ampoules fluorescentes ou fluo compactes) ;
- ▶ Déchets contenant des substances chimiques : restes de solvants de laboratoire, désinfectants, bains de développement et de fixation photographique ;
- ▶ Déchets contenant des substances radioactives : radionucléides utilisés en laboratoire ou en médecine nucléaire, urine ou excréta de patients traités.

Le travail de traitement des déchets biomédicaux n'est pas socialement et économiquement valorisé ; ainsi les femmes occupent majoritairement ce secteur d'activité. Ce personnel de collecte et de traitement manque souvent de matériel de protection (masque, gants, tenues de travail adéquates) et travaille dans des conditions précaires. Sans protection contre les infections, il peut être source de contamination pour son entourage.

#### **5.1.1 Risques liés au traitement et au dépôt inadéquats des déchets biomédicaux dangereux**

##### **5.1.1.1 Les risques liés à l'incinération**

Dans certains cas, notamment lorsque les déchets sont incinérés à basse température (moins de 800° C) ou que des matières plastiques contenant du polychlorure de vinyle (PVC) sont incinérées, il se forme de l'acide chlorhydrique (responsable des pluies acides), des dioxines, des furanes et divers autres polluants aériens toxiques. On les retrouve dans les émissions mais aussi dans les cendres résiduelles et les cendres volantes (transportées par l'air et les gaz effluents qui sortent de la cheminée de l'incinérateur). Le mercure est très toxique. Il n'existe pas de seuil en dessous duquel il ne se produirait aucun effet indésirable. Le mercure peut provoquer des intoxications mortelles en cas d'inhalation. Il est également nocif en cas d'absorption transcutanée et a des effets néfastes sur la grossesse.

Ces substances sont persistantes, c'est-à-dire que ces molécules ne sont pas dégradées dans l'environnement, et qu'elles s'accumulent dans la chaîne alimentaire. La plus grande partie de l'exposition humaine aux dioxines, aux furanes et aux PCB coplanaires est due à l'alimentation.

Même dans les incinérateurs à température élevée (plus de 800° C), il se trouve, au début ou à la fin de l'incinération, des poches moins chaudes dans lesquelles peuvent se former des dioxines et des furanes. L'optimisation du processus peut diminuer la formation de ces substances si, par exemple, on fait en sorte que l'incinération n'ait lieu qu'à des températures supérieures à 800° C, et si l'on évite la formation de gaz de combustion à 200 - 450° C. Enfin, l'incinération de métaux ou de matériels à forte teneur en métaux (en particulier plomb, mercure et cadmium) peut conduire au rejet de métaux dans l'environnement.

#### **5.1.1.2 Risques liés au dépôt ou à la Mise en décharge non contrôlés**

L'enfouissement et la mise en décharge « sauvage » dans des sites non contrôlés peuvent avoir, en plus des risques cités précédemment, des effets environnementaux directs en termes de pollution du sol et des eaux.

#### **5.1.1.3. Risques liés au déversement des eaux usées non traitées**

Une mauvaise gestion des eaux usées et des boues d'épuration peut entraîner une contamination des eaux et des sols par des pathogènes ou des produits chimiques toxiques.

La mise à l'égout de résidus chimiques ou pharmaceutiques peut avoir des conséquences sur le bon fonctionnement des stations d'épuration biologique ou des fosses septiques. Ces rejets peuvent être à l'origine d'une pollution de l'écosystème et des eaux.

Les antibiotiques et leurs métabolites sont excrétés dans l'urine et les fèces des patients traités et finissent dans les eaux usées. Les eaux usées des hôpitaux contiennent deux à dix fois plus de bactéries résistantes aux antibiotiques que les eaux domestiques. Ce phénomène contribue à l'émergence et à la propagation de pathogènes comme le SARM (staphylocoque doré résistant à la méthicilline).

### **5.1.2 la gestion des déchets biomédicaux**

#### **5.1.2.1 Le tri et le conditionnement**

Les déchets biomédicaux doivent être séparés des déchets ménagers, conditionnés dans des emballages de déchets médicaux à usage unique, spécifiques et étiquetés possédant des caractéristiques précises :

- ▶ Un système de fermeture temporaire ;
- ▶ Un système de fermeture définitive rendant le contenant inviolable et sécurisé pour le transport ;
- ▶ Une limite de remplissage à respecter ;
- ▶ Des poignées de manipulation aisées.

Toute défaillance dans cette gestion des déchets biomédicaux a un impact nocif sur la santé du personnel, notamment les femmes enceintes et allaitantes.

#### **5.1.2.2 Le traitement des déchets biomédicaux**

Les déchets issus des activités médicales ne peuvent pas être traités comme les déchets ménagers. Les incinérateurs qui les détruisent doivent avoir des fours spéciaux et agréés. La gestion et la maintenance des incinérateurs doivent faire l'objet d'une bonne planification budgétaire et d'un suivi adéquat.

### **5.1.3 Prévention des Infections et Protection de l'environnement**

#### **HYGIENE DES MAINS, ÉQUIPEMENT DE PROTECTION INDIVIDUELLE (EPI) ET AUTRES PRÉCAUTIONS**

Veiller à ce que tous les visiteurs portent l'EPI et appliquent les règles d'hygiène des mains décrites ci-dessous en leur donnant les instructions nécessaires avant d'entrer dans la chambre ou zone d'isolement.

Veiller à ce que tous les personnels de santé (y compris les aides-soignantes et le personnel d'entretien) portent l'EPI qui convient en fonction du niveau de risque escompté, avant d'entrer dans les chambres/zones d'isolement et d'être en contact avec les patients et/ou leur environnement. Il ne faut pas porter de vêtements personnels pour travailler dans les zones de soins des patients. Il faut revêtir des tenues de chirurgien ou des tenues médicales.

Appliquer rigoureusement les précautions suivantes pour éviter la possibilité de tout contact direct non protégé avec du sang ou des liquides biologiques en dispensant les soins aux patients atteints de FH, y compris les cas suspects:

Pratiquer l'hygiène des mains: avant de mettre les gants et de porter l'EPI pour entrer dans la chambre/ la zone d'isolement; ñ avant de pratiquer un geste propre/aseptique après avoir touché des surfaces/ articles/équipements contaminés (même potentiellement) dans l'entourage du patient; ñ et après avoir enlevé l'EPI, avant de quitter la zone de soins.

Il faut pratiquer l'hygiène des mains dans les chambres ou zones d'isolement aussi souvent que nécessaire, suivant les indications ci-dessus pour les soins à un patient, et lorsqu'on change de gants. Lorsqu'on soigne plusieurs patients dans une même salle, il est essentiel d'avoir terminé les soins à dispenser à un patient avant de passer au suivant et de pratiquer l'hygiène des mains avant de les toucher. De plus, en négligeant l'hygiène des mains après avoir enlevé l'EPI, on diminue ou réduit à néant tous les avantages de porter cet équipement de protection. Pour l'hygiène des mains, il faut soit utiliser une solution hydroalcoolique, soit laver les mains à l'eau courante et au savon en appliquant la technique correcte recommandée par l'OMS (annexe3).<sup>5</sup> Se laver toujours les mains à l'eau et au savon si elles sont visiblement souillées. Les solutions hydroalcooliques doivent être disponibles partout où des soins sont dispensés (à l'entrée et dans les chambres ou zones d'isolement) et elles sont la norme pour effectuer les soins. Si ces solutions ne sont pas disponibles, il faut se laver les mains à l'eau courante et au savon aussi souvent que nécessaire ainsi qu'il est indiqué ci-dessus. Les solutions hydro alcooliques pour se frotter les mains peuvent être produites au niveau de l'établissement de santé en appliquant les recommandations et instructions de l'OMS.<sup>8</sup>

Avant d'entrer dans les chambres ou zones d'isolement, porter l'EPI comme indiqué ci-après, en respectant la séquence illustrée en annexe 2: ñ Des gants de la bonne taille (gants d'examen non stérilisés ou gants chirurgicaux) pour entrer dans la zone où les patients sont soignés (annexe 3).<sup>6</sup> Envisager de changer de gants s'ils sont fortement souillés par du sang ou des liquides biologiques provenant des soins dispensés à un même patient (et pratiquer l'hygiène des mains soigneusement immédiatement après les avoir enlevés). Toujours changer de gants et pratiquer l'hygiène des mains après les avoir enlevés, pour passer d'un patient à un autre lorsqu'on soigne plusieurs patients dans une même salle. Envisager de mettre deux paires de gants l'une sur l'autre s'ils semblent de mauvaise qualité (par exemple s'ils sont troués ou se déchirent rapidement en cours d'utilisation). Une blouse imperméable jetable pour couvrir les vêtements et la peau exposée. Un masque médical et une protection oculaire (visière, lunettes de protection ou écran facial) pour éviter les éclaboussures sur le nez, la bouche et les yeux. Des chaussures fermées, étanches et résistantes à la perforation (par exemple des bottes en caoutchouc) pour éviter la contamination par le sang, les liquides biologiques ou les accidents avec des objets pointus et coupants qui ne sont pas à leur place. S'il n'y a pas de bottes, on peut utiliser des sur-chaussures qui doivent cependant être enlevées avec les gants et en faisant attention d'éviter de contaminer les mains.

Pour les activités demandant un gros effort physique (comme de porter un patient, par exemple) ou les tâches pour lesquelles on anticipe un contact avec du sang ou des liquides biologiques (par exemple le patient présente des symptômes comme de la diarrhée, des saignements ou des vomissements et/ou l'environnement peut être contaminé par du sang ou des liquides biologiques), porter, en plus de l'EPI susmentionné, une double paire de gants, ainsi qu'un tablier imperméable au-dessus de la blouse si, pour quelque raison que ce soit, celle-ci n'est pas imperméable, de même que des sur-chaussures et une protection de la jambe s'il n'y a pas de bottes. Éviter si possible les procédures susceptibles de générer des aérosols. Porter un appareil de protection respiratoire si l'on prévoit de faire une procédure stimulant la toux ou produisant des aérosols (par exemple l'administration de médicaments par aérosol ou nébulisation, un diagnostic par induction des expectorations, une bronchoscopie, une aspiration des voies aériennes, une intubation endotrachéale, une ventilation par pression positive à l'aide d'un masque). Avant de sortir de la salle ou de la zone d'isolement, enlever soigneusement et se débarrasser de l'EPI (y compris les bottes) dans les récipients prévus pour les déchets, puis pratiquer l'hygiène des mains sur un patient; après tout risque d'exposition ou toute exposition avérée avec le sang ou les liquides biologiques du patient;









**MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
ET DE L'ACTION SOCIALE**