

Quand une survivante ne veut pas avoir accès aux soins de santé

"Pour un récent incident VBG, il est important de déterminer si un référencement médical est nécessaire. Cela est particulièrement important dans les cas de viol, d'agression sexuelle ou de toute forme d'agression physique non sexuelle qui peut avoir entraîné des blessures aiguës, des douleurs ou des saignements. Vous pouvez comprendre les besoins liés à la santé d'une survivante principalement en écoutant son histoire de ce qui s'est passé et en déterminant les implications médicales.

Vous devrez peut-être aussi poser des questions de clarification, dont l'objectif est de comprendre les éléments suivants:

- Nature de l'incident (s'il s'agit d'un viol ou d'une agression sexuelle, un traitement médical est fortement recommandé)
- Date/heure du dernier incident (p. ex. pour les agressions sexuelles survenues dans les 72 ou 120 heures, des traitements d'urgence peuvent être fournis comme décrit ci-dessous)
- Présence de douleurs ou de blessures ou plaintes y relatives."¹

Les interventions en matière de santé à la suite d'incidents VBG peuvent inclure la prise en charge médicale du viol (prévention du VIH et des infections sexuellement transmissibles, prévention de la grossesse, traitement des blessures aiguës ou collecte de preuves médico-légales (si elles sont jugées fiables, et uniquement avec le consentement des survivantes). Il pourrait également inclure les besoins liés à santé tels que le traitement des infections sexuellement transmissibles, l'incontinence urinaire ou fécale, ou l'accès sans danger à l'avortement dans toute la mesure de ce qui est permis par la loi (la grossesse peut être interrompue sans danger jusqu'à 22 semaines).²

Les survivantes des VBG doivent avoir accès à une prise en charge médicale, une prise en charge de qualité et adaptée à leur âge, centrée sur la survivante (y compris la SMSPS) pour les cas VBG, de violence domestique et d'autres formes VBG, ainsi qu'à des services de suivi confidentiels. Les services de santé sont souvent le premier (et parfois le seul) point de contact pour les survivants et ils doivent être fournis de manière confidentielle, sans porter de jugement et sans discrimination. Les acteurs de santé doivent être

en mesure de fournir:

1. Une prise en charge centrée sur les survivantes et un appui de première ligne (c.-à-d. prise en charge psychologique de premier secours) pour répondre aux besoins émotionnels de base.
2. Identification et prise en charge des survivantes de la violence domestique.
3. Soins cliniques pour les survivantes des VBG
4. Formation des agents de santé.
5. Coordination et collecte de données fiables et selon l'éthique pour la prestation des services.
6. Offrir une prise en charge pour la santé mentale supplémentaire ou référer les patientes pour d'autres services de santé mentale.³

Cependant, de nombreuses survivantes ne demanderont pas l'aide de la part d'un prestataire des soins de santé (ou de tout autre fournisseur) en raison de la honte, de la peur du blâme, des répercussions, de la stigmatisation et du rejet par les partenaires ou des familles. Si les prestataires des soins de santé ne sont pas bien formés ou si les services ne sont pas perçus comme et confidentiels, il est peu probable que les survivantes demandent de l'aide ou acceptent d'être référées vers ces services. De plus, le manque d'espaces, de fournitures, d'équipement confidentiels et d'un staff féminin formé peut également constituer un obstacle à la recherche d'aide. Les procédures de dénonciation obligatoire peuvent également limiter l'accès des survivantes aux soins de santé vitaux.

Responsabilités de l'assistante sociale

Les assistantes sociales jouent un rôle dans l'appui et la facilitation du processus de gestion des cas, elles aident les survivantes à recevoir la prise en charge dont elles ont besoin, en fonction de leur organisme et de leur autodétermination. Cela fait partie du processus de rétablissement pour permettre/aider les survivantes à prendre des décisions concernant leur propre prise en charge. Dans ce cas, les survivantes ne doivent pas être soumises à un ou plusieurs traitements qu'elles ne veulent pas, mais les assistantes sociales peuvent jouer un rôle important dans la communication.

Dans cette communication, les survivantes doivent recevoir toute l'information nécessaire sur les services de santé disponibles, l'importance d'accéder aux services, les contraintes liées au temps (par exemple, 72 heures dans les cas de violence sexuelle pour accéder à la PPE-VIH). L'information fournie doit être complète, y compris les avantages et les risques de chaque référencement et toute exigence de dénonciation obligatoire.

Si la survivante refuse les services de santé, l'assistante sociale chargée du dossier doit essayer de comprendre la raison du refus. Le service peut être refusé pour de nombreuses raisons différentes. Problèmes liés à la logistiques (distance de la structure, transport, enfants à prendre en charge qui ne lui

permettent pas de se déplacer), difficultés financières (pas d'argent pour payer les services de santé ou le transport), peur de la stigmatisation, exigences de la dénonciation obligatoire, préoccupations liées à la crainte que la visite à l'établissement de santé ne compromette la confidentialité, problèmes liés à cet infrastructure spécifique (présence d'une connaissance et confiance de la victime dans cet structure , l'emplacement de l'infrastructure dans une zone non sécurisée etc. L'assistante sociale chargée du cas doit essayer de demander la raison du refus sans pousser la survivante à répondre si elle ne veut pas le faire.

Pour certains des motifs de refus mentionnés ci-dessus, l'assistante sociale et son organisation peuvent probablement donner un appui (p. ex. offrir le transport, payer les coûts des services de santé, référer la survivante vers des espaces amis des enfants pour l'espace s'occupe des enfants pendant qu'elle se rend à la structure sanitaire, proposer une autre structure sanitaire si elle ne se sent pas à l'aise, se proposer de l'accompagner, etc. Toutes ces solutions d'appui possibles doivent également être discutées et considérées comme des scénarios possibles lors de la mise en place du service de gestion de cas et de l'élaboration du projet/budget. Si l'assistante sociale est en mesure d'identifier la raison du refus du référencement, une solution possible doit être envisagée et discutée avec la survivante afin de surmonter l'obstacle.

En fin de compte, le souhait des survivantes doit être respecté. Si une survivante ne veut pas dire à l'assistante sociale chargée du cas pourquoi elle ne veut pas aller à cette structure de santé, c'est son droit. Si, malgré tous les efforts de l'assistante sociale de surmonter les obstacles qui ne lui permettent pas d'obtenir la prise en charge, la survivante refuse toujours le service, c'est son droit. Cela peut frustrer l'assistante sociale, surtout si elle sait à quel point il serait important pour lui d'obtenir des soins de santé, MAIS la décision de la survivante doit être respectée.

Si la survivante refuse toujours le service de santé, l'assistante sociale doit respecter la décision et expliquer à la survivante que, si elle change d'avis, elle peut toujours se rendre à cette structure de santé par elle-même ou avec l'assistante sociale, si elle le préfère. L'assistante sociale doit s'assurer que la survivante a tous les contacts nécessaires au cas où elle déciderait par la suite d'aller seule à la structure de santé. Au cours des séances de gestion de cas ultérieures, l'assistante sociale chargée de cas peut également vérifier auprès de la survivante comment elle va et, éventuellement, si la survivante est toujours dans le besoin, lui rappeler que, si elle le désire, elle peut toujours recevoir une prise en charge médicale.

Dans le cas des enfants survivants, l'enfant doit participer à tous les processus prise de décision et donner son consentement informé (en fonction de son âge et de son stade de développement). Le tuteur ou l'adulte en qui il a confiance doit également être impliqué pour donner son consentement. La

confidentialité est également limitée dans des cas de dénonciation obligatoire de tous les cas de maltraitance des enfants conformément aux protocoles locaux. La dénonciation obligatoire des cas d'abus sexuels sur les enfants se réfère aux lois et aux politiques des états qui obligent certains organismes ou certaines personnes (enseignants, travailleurs sociaux, personnel de santé, etc.) à dénoncer les cas réels ou présumés de violence envers les enfants (p. ex. violence physique, sexuelle, négligence, violence psychologique et psychologique, relations sexuelles illégales). L'intérêt supérieur de l'enfant, sa prise en charge immédiate et sa sécurité doivent être la première priorité dans toutes les décisions, y compris la décision de référencement vers les services de santé.

Responsabilités du superviseur

Le superviseur doit essayer d'identifier la tendance des référencements et les obstacles qui conduisent au refus des services .Il doit aussi élaborer une stratégie pour surmonter ces obstacles, au niveau de la pratique du référencement (couvrir les coûts et les transports, avoir plus de structures de santé disponibles pour le référencement , etc.), mais aussi au niveau du plaidoyer (pour la dénonciation obligatoire , une stratégie coordonnée inter-agence serait nécessaire) ou de la formation et le renforcement des capacités du staff (i.e., si les gens connaissent mal les voies de référencement ou ne connaissent pas les protocoles et réponses sanitaires).

Dans ce rôle, le superviseur doit également s'assurer que les assistantes sociales connaissent l'approche centrée sur la survivante et qu'elles sont formées pour respecter les décisions des survivantes, même lorsqu'elles ne sont pas d'accord avec elles. Les superviseurs peuvent aider les assistantes à faire face au sentiment de frustration qui peut survenir lorsque les référencements et, en général, la gestion des cas devient difficile. C'est une très bonne pratique pour les assistantes sociales de prendre soin d'elles-mêmes.

Comment augmenter le nombre de référencements vers les services de santé et réduire les obstacles à l'accès à ces services ?

- Faire la cartographie des structures sanitaires disponibles et évaluer les types et la qualité des services fournis dans les structures de santé afin d'être en mesure de fournir à la survivante les informations les plus complètes. Former le personnel de santé sur les VBG, y compris les principes directeurs, l'appui psychosocial de base et les référencements afin que le staff sache appliquer une approche centrée sur les survivantes dans les structures sanitaires, puisse améliorer l'attitude envers les survivantes de VBG et réduire la stigmatisation et les risques de violation de la confidentialité.
- Encourager les structures sanitaires à se doter d'un staff féminin et à le former pour devenir des points focaux en matière des VBG.
- Aider les structures de santé à créer un environnement plus favorable aux survivantes grâce à la mise en place des espaces privés, des

armoires fermées à clé, des installations sanitaires sécurisées pour les femmes, etc.

- Créer un lien direct entre les assistantes sociales et la structure de santé (éventuellement identifier un point focal au sein de la structure de santé) pour faciliter les références.
- Comprendre le contexte juridique et que la dénonciation est obligatoire pour le personnel de santé. S'il existe des obstacles juridiques à l'accès des survivantes aux structures de santé, engager les autorités locales compétentes dans un effort de plaidoyer inter-agences coordonné pour surmonter ces obstacles juridiques.
- Prévoir un budget et élaborer des procédures pour s'attaquer à certains des obstacles pratiques auxquels les survivantes font face dans l'accès aux structures de santé. Il peut s'agir d'assurer le transport, la garde d'enfants pour les enfants d'une survivante pendant qu'elle se rend au centre de santé, et/ou r des assistantes s sociales qui accompagnent la survivante si elle le désire.

¹ Les Directives inter-agences sur la gestion des cas https://gbvresponders.org/wp-content/uploads/2017/04/Interagency-GBV-Case-Management-Guidelines_Final_2017_Low-Res.pdf

² Ibid.

³ Organisation Mondiale de la santé (2014) Manuel clinique: Prise en charge des femmes survivantes des VBG des violences Domestiques.

