



USAID
DU PEUPLE AMERICAIN

LUTTE CONTRE LA VIOLENCE BASÉE SUR LE GENRE DANS LES PROGRAMMES DE SANTÉ DE L'USAID

UN GUIDE POUR LES RESPONSABLES DE PROGRAMMES DU SECTEUR
DE LA SANTÉ



DEUXIÈME ÉDITION, SEPTEMBRE 2008

Citation proposée : IGWG de l'USAID. 2008. *Lutte contre la violence basée sur le genre dans les programmes de santé de l'USAID : Un guide pour les responsables de programmes du secteur de la santé*. Deuxième édition. Washington, D. C.

Le présent document a été préparé avec des fonds du Projet POLICY de l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID en anglais) aux termes du Contrat # HRN-C-00-00-00006-00 du Groupe de travail interagences sur le genre (IGVG en anglais). Le projet a été mis en œuvre en collaboration avec *Futures Group International*, le *Center for Development and Population Activities* et le *Research Triangle Institute*. Le financement de l'impression provient de l'ordre de tâche 1 (TO 1 en anglais) de l'Initiative USAID des politiques de santé, financé aux termes du contrat # GPO-I-01-05-00040-00, en vigueur depuis le 30 septembre 2005. Ce TO 1 est mis en œuvre par *Futures Group International*, en collaboration avec le *Center for Development and Population Activities*, *White Ribbon Alliance for Safe Motherhood* et *Religions for Peace*.

Photos de couverture provenant de *broken bodies, broken dreams : violence against women exposed*, IRIN/OCHA, 2005. Georgina Cranston, photographe. Pour passer des commandes du livre, contacter : brokenbodies@irinnews.org



IGWG

LUTTE CONTRE LA VIOLENCE BASÉE SUR LE GENRE DANS LES PROGRAMMES DE SANTÉ DE L'USAID

UN GUIDE POUR LES RESPONSABLES DE PROGRAMMES DU
SECTEUR DE LA SANTÉ

DEUXIÈME ÉDITION, SEPTEMBRE 2008

Remerciements

Le Groupe de travail interagences sur le genre (IGWG en anglais) aimerait remercier **Alessandra Guedes** et **Sarah Bott** dont les travaux constituent le fondement des présentes directives. Nous les remercions pour leur apport technique et leur engagement sans relâche qui ont permis au présent document de voir le jour.

L'IGWG tient également à faire mention des collègues qui ont aimablement revu les sections de ce document aux diverses étapes de son développement : Amy Bank, Gary Barker, Deborah Caro, Mary Ellsberg, Stacey Gage, Claudia Garcia-Moreno, Rachel Jewkes, Julia Kim, Mary Kincaid, Sunita Kishor, Lori Michau, Margarita Quintanilla, Marcos Nascimento, Sonia Navani, Julie Pulerwitz, Esca Scheepers, Beth Vann, Jeanne Ward et Ellen Weiss.

De plus, nous aimerions remercier les commentateurs de l'USAID qui ont prêté assistance à l'élaboration de ces directives : Vathani Amirthanayagam, Michal Avni, Sarah Harbison, Kent Hill, Virginia Lampert, Ann Lion, Trish MacDonald, Mahua Mandal, Rose McCullough, Margaret Neuse, Diana Prieto, Lois Schaefer, Jim Shelton, Mary Ellen Stanton, Ellen Starbird et Gloria Steele.

Il convient également de mentionner les personnes ayant participé à la réunion de consultation :

Trish Ahern	Linda Dahlberg
Mary Kincaid	Diana Prieto
Sharon Arscott-Mills	Nata Duvvury
Sunita Kishor	Jane Schueller
Michal Avni	Anne Eckman
Heidi Lary	Susan Settergren
Amy Bank	Mary Ellsberg
Philippa Lawson	Ritu Singh
Gary Barker	Leah Freij
Reshma Mahendra	Kiersten Stewart
John Berman	Claudia Garcia-Moreno
Manisha Mehta	Rachel Sturke
Myra Betron	Julie Hanson-Swanson
Pauline Muchina	John Townsend
Jacquelyn Campbell	Sarah Harbison
Marcos Nascimento	Beth Vann
Deborah Caro	Mai Hijazi
Sonia Navani	Marijke Velzeboer
Gloria Coe	Mihira Karra
Elizabeth Neason	Suzan Zimicki

Table des matières

Section I. Définir le contexte

A. Préface	3
B. Violence basée sur le genre : Définition, prévalence et facteurs de risque.....	4
C. Les liens entre la violence basée sur le genre, la santé sexuelle et reproductive et le VIH/SIDA.....	9
D. Principes directeurs des programmes de VBG.....	12

Section II. Bien-fondé et actions

A. Programmes de mobilisation communautaire	17
B. Programmes de communication pour le changement social et comportemental	22
C. Programmes de prestation des services de santé	25
D. Programmes des politiques sanitaires.....	32
E. Programmes pour les jeunes	35
F. Programmes humanitaires.....	38
G. Suivi et évaluation.....	42

Section III. Ressources clés et travaux cités

Ressources clés	49
Travaux cités	51

SECTION I

DÉFINIR LE CONTEXTE

Préface

Ce guide a pour but d'aider les intervenants du programme USAID à intégrer les activités concernant la violence basée sur le genre (VBG) dans leur dossier de santé pendant la conception, l'application et l'évaluation du projet. Le guide s'oriente sur les mesures que peuvent prendre le secteur de la santé, en se rappelant que la prévention de la VBG et les mesures pour y répondre nécessitent une approche multisectorielle. Pour chaque type de programme de santé – de la mobilisation communautaire à la politique sanitaire – le guide se penche sur les raisons pour lesquelles ces programmes doivent traiter la VBG et explique la façon de soutenir activités VBG en fonction des approches prometteuses retenues dans les examens de la littérature (par exemple, Heise et al., 1999 ; Guedes, 2004 ; Bott et al., 2005), les opinions des experts de ce

domaine et le feed-back de l'USAID et du personnel des organismes collaborateurs.

Ce document se concentre sur des directives, des conceptions et des applications spécifiques et, par conséquent, il ne comprend pas de discussions techniques approfondies ou d'exemples programmatiques. Pour une information plus détaillée sur les interventions et les exemples de divers pays, prière de consulter les références citées dans la section III, en particulier le passage en revue de la littérature de 2004 de Guedes intitulé, « Addressing Gender-based Violence from the Reproductive Health/HIV Sector : A Literature Review and Analysis ». Le passage en revue de la littérature peut être consulté à l'adresse suivante : <http://www.prb.org/pdf04/AddressGendrBasedViolence.pdf>.

Violence basée sur le genre

DÉFINITION, PRÉVALENCE ET FACTEURS DE RISQUE

La recherche démontre que la VBG a des implications dans presque tous les aspects des politiques et programmes sanitaires, des soins primaires aux programmes de santé reproductive (Heise et al., 1999 ; Guedes, 2004). Non seulement les femmes sont soumises à une morbidité et mortalité sérieuse suite à la violence physique et sexuelle mais la violence aggrave également d'autres conditions de santé, notamment la transmission du VIH. Les bailleurs des fonds abordent de plus en plus le problème de la violence contre les femmes dans le cadre de leurs portefeuilles des politiques et de programmes de santé. De fait, une évaluation stratégique récente du travail mondial de l'USAID sur le plan de la santé révèle que l'USAID investit déjà des ressources importantes dans la prévention de la VBG comme question de santé publique et des réponses à y apporter, bien que l'approche soit décentralisée (Bott and Betron, 2005). De plus, le Plan présidentiel d'aide d'urgence à la lutte contre le SIDA (PEPFAR en anglais) soutient la réduction de la violence et la coercition parmi ses cinq stratégies prioritaires.

Qu'est-ce que « la violence basée sur le genre » ?

La violence basée sur le genre est une violence concernant les hommes et les femmes, où la femme est généralement la victime. Elle découle de relations inégales de pouvoir entre hommes et femmes. La violence est dirigée contre une femme du fait qu'elle est une femme ou elle touche les femmes de manière disproportionnée. Elle comprend, sans s'y restreindre, des agressions physiques, sexuelles et psychologiques... Il s'agit également d'une violence perpétrée ou pardonnée par l'état [Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), Groupe du Thème Genre].

Les formes de VBG comprennent la violence physique, sexuelle et psychologique/affective au sein de la famille, l'abus sexuel de l'enfant, la violence liée à la dot, le viol et l'abus sexuel, le viol marital, le harcèlement sexuel dans le milieu du travail et dans des établissements d'enseignement, la prostitution forcée, l'exploitation sexuelle des filles et des femmes et la mutilation génitale féminine. Toutefois, dans le souci de limiter la portée du présent document, les directives qui suivent se concentrent sur deux formes

communes de VBG : la violence de la part d'un partenaire intime (violence physique, sexuelle et affective) et la violence sexuelle par un agresseur. Pour de plus amples informations sur l'exploitation sexuelle et la mutilation génitale féminine, prière de se rapporter aux directives officielles de l'USAID sur ces deux thèmes.

Les directives sur la mutilation génitale féminine peuvent être consultées à l'adresse suivante : http://www.usaid.gov/our_work/global_health/pop/techareas/fgc/index.html.

Les directives sur l'exploitation sexuelle peuvent être consultées à l'adresse suivante : http://www.usaid.gov/our_work/cross-cutting_programs/wid/pubs/pd-abx-358-final.pdf.

Si les hommes peuvent également être victimes de violence sexuelle ou par un(e) partenaire intime, ce type de violence touche les femmes de manière disproportionnée. Par exemple, les hommes et les femmes signalent des contraintes sexuelles mais la majorité des victimes sont des femmes (CDC, 2003), et la plupart des agresseurs sont des hommes (Heise et al., 1995). En ce qui concerne les meurtres commis par un partenaire de sexe opposé, le *Rapport mondial sur la violence et la santé* (Krug et al., 2002) indique qu'entre 40 % et 70 % de toutes les femmes assassinées l'ont été par un partenaire intime (masculin). En revanche, entre 4 % et 8,6 % des hommes assassinés l'ont été par une partenaire intime (féminine). De plus, une proportion significative de ces homicides a pu être commise par des femmes en situation d'autodéfense, soit en réponse à une attaque, soit dans une situation chronique de violence de la part de son partenaire. En somme, si les hommes sont plus susceptibles d'être attaqués par un étranger ou une connaissance, les femmes sont plus susceptibles d'être attaquées par une personne de leur entourage comme un mari ou un partenaire masculin.

Pourquoi « la violence basée sur le genre » ?

Il faut comprendre la violence contre les femmes en tenant compte des normes du genre et des structures sociales qui influencent la vulnérabilité des femmes face à la violence. Les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'être agressées sexuellement ou physiquement

ou d'être tuées par quelqu'un qu'elles connaissent bien, souvent par leur propre mari ou partenaire. Leur statut subordonné, aux plans social, économique et légal, dans plusieurs contextes, restreint leurs capacités d'obtenir de l'aide lorsque la violence éclate. La violence à l'égard des femmes prend ses racines dans l'inégalité entre les genres (Jewkes, 2002) et, par conséquent, la « violence basée sur le genre » est devenue un terme accepté à l'échelle internationale pour se rapporter à la violence physique, sexuelle et psychologique contre les femmes. Toutefois, la VBG peut inclure la violence contre les hommes et les garçons dont le comportement peut être perçu comme hors des normes imposées par une conception rigide de la masculinité (Barker et Ricardo, 2005 ; Betron et Gonzalez, à paraître). Bien qu'elles existent, les données sur la VBG contre les hommes et les garçons sont limitées. En plus, il y a des lacunes dans les moyens, la connaissance des réponses

programmatisées, et les recommandations concentrées sur la vulnérabilité des hommes et garçons à la VBG. Ce guide se concentre sur la VBG contre les femmes et les filles spécifiquement parce qu'elles sont plus affectées de manière disproportionnée par cette forme de violence (voir ci-dessus), parce qu'il y a plus de données disponibles, et parce qu'il y a un consensus sur les réponses programmatiques sur la VBG contre les femmes et les filles.

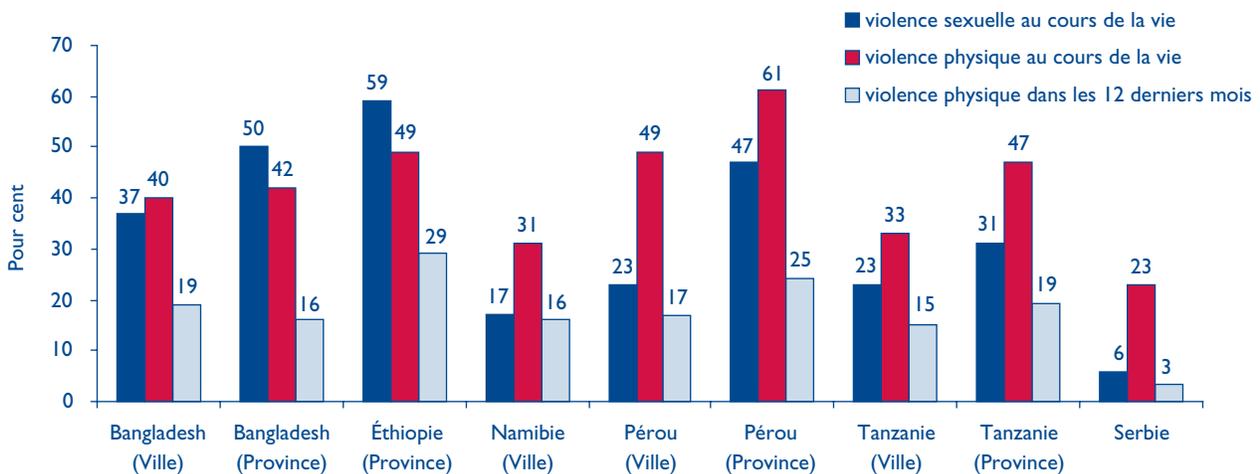
Dans quelle mesure cette violence est-elle courante ?

Des données comparatives sur la prévalence de la VBG sont difficiles à recueillir car les estimations sur la prévalence varient selon la manière dont les chercheurs définissent la VBG, les questions qu'ils posent, la période observée et les caractéristiques de l'échantillon (Bott et al., 2005). Par

Tableau I. Estimations sur la prévalence de différentes formes de violence basée sur le genre

Violence physique	10 à plus de 79 % des femmes dans le monde signalent qu'elles ont été frappées ou maltraitées physiquement par un partenaire intime, à un moment donné de leur vie (OMS, 2002).
Violence sexuelle	Près d'une femme sur quatre indique une violence sexuelle par un partenaire intime dans sa vie (Ellsberg et al., 2000 ; Mooney, 1993 ; Hakimi et al., 2001).
Initiation sexuelle forcée	Les taux de première activité sexuelle « forcée » se situent entre 7 % en Nouvelle Zélande et 46 % dans les Caraïbes (Heise et Garcia Moreno, 2002).

Figure I. Femmes signalant une violence basée sur le genre, par type de violence



Source : WHO multi-country study, Garcia-Moreno et al., 2005.

Note : La violence physique est définie par les actes suivants : gifler quelqu'un, lui jeter quelque chose à la tête, la pousser, la frapper avec le poing ou quelque chose qui peut faire mal, lui donner des coups de pied, la battre ou la tirer par les cheveux, l'étrangler ou la brûler exprès, la menacer ou même utiliser un revolver, un couteau ou une autre arme. La violence sexuelle est définie de la manière suivante : être physiquement forcée à avoir des rapports sexuels quand elle n'en a pas envie ; avoir des rapports sexuels parce qu'elle craint ce que son partenaire risquerait de faire ; être forcée de faire quelque chose qu'elle trouve dégradant ou humiliant (Garcia-Moreno et al., 2005).

ailleurs, la plupart des enquêtes sous-estiment probablement la prévalence car les femmes qui survivent ne dénoncent pas toujours la VBG subie à cause de la peur, de la honte et du manque de services adéquats, entre autres. Pourtant, une étude faite dans de multiples pays sur la prévalence de la VBG, par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), confirme son ampleur. En effet, dans pratiquement tous les contextes où les chercheurs ont recueilli des données auprès de la population, les enquêtes ont montré que la VBG touche des proportions significatives de filles et de femmes dans tous les groupes et toutes les classes (voir Tableau 1 et Figure 1).

Des données sur la prévalence de la violence contre les femmes sont également recueillies dans plusieurs pays en développement dans le cadre des Enquêtes démographiques et de santé (EDS) financées par l'USAID. Les données des EDS sur la violence présentent plusieurs avantages sur le plan programmatique et politique : elles sont représentatives à l'échelle nationale, relativement bien standardisées entre pays et concordent avec l'éventail de données disponibles pour chaque individu, y compris les données sur les antécédents et les caractéristiques démographiques, nutritionnelles et sanitaires. Ainsi, les données sur la violence des EDS éclairent d'une part, les facteurs de risque de violence et, d'autre part, les corrélats démographiques et sanitaires de la violence. Malgré ces avantages, il faut noter que de petites études approfondies, consacrées uniquement à la mesure de la VBG, ont tendance à estimer la prévalence de la violence de façon plus exacte (Ellsberg et al., 2001). (Une comparaison des résultats de trois études sur la violence contre les femmes au Nicaragua montre que les petites études qui se concentrent sur la violence ont tendance à indiquer des taux de prévalence plus élevés). Le Tableau 2 indique les taux de prévalence des pays pour lesquels des données d'EDS sont disponibles actuellement. Le Bangladesh, la République Démocratique du Congo, le Ghana, la Jordanie, le Libéria,

Exemples de facteurs liés à des niveaux élevés de violence contre les femmes dans la communauté

- Normes traditionnelles liées au genre en faveur de la supériorité et des privilèges de l'homme
- Normes du genre qui tolèrent ou même justifient la violence contre les femmes
- Faibles sanctions communautaires contre les agresseurs
- Pauvreté
- En général, niveaux élevés de crime et de conflit dans cette société

le Mali, le Turkménistan, l'Ukraine et la Zambie font partie d'autres pays pour lesquels des données sur la violence seront bientôt disponibles.

Quels sont les facteurs de risque de perpétrer ou de subir un acte de violence basée sur le genre ?

Pour mieux comprendre pourquoi la violence physique et sexuelle contre les femmes est plus courante ou plus grave dans certains contextes, les chercheurs ont identifié des *facteurs de risque aux niveaux de la communauté et de la société* qui semblent être associés à des taux plus élevés de VBG. Bien que ce travail de recherche soit incomplet et préliminaire, l'OMS (Krug et al., 2002) souligne un certain nombre de facteurs mis en évidence par des données.

Les données prouvent que les taux de VBG sont les plus élevés dans les contextes où les normes sociales favorisent l'inégalité entre les genres, où les communautés ne punissent pas les hommes qui pratiquent la violence physique ou sexuelle contre les femmes, et où la violence contre les femmes est considérée normale ou justifiée (voir par exemple, Counts, Brown et Campbell). Même

Exemples de facteurs individuels associés à un risque plus élevé de devenir un agresseur

- Consommation d'alcool ou de drogue
- Faible revenu ou faible niveau d'instruction
- Avoir été témoin ou victime d'un acte de violence en tant qu'enfant
- Attitudes qui justifient la violence contre les femmes

Exemples de facteurs individuels associés à un risque plus élevé d'être victime de VBG

- Consommation d'alcool ou de drogue
- Antécédents de violence
- Devenir autonome grâce à une meilleure éducation ou un meilleur statut économique, dans des cultures traditionnelles
- Pauvreté (surtout pour la violence sexuelle)

Tableau 2. Pourcentage de femmes ayant déjà été mariées ou ayant vécu avec un partenaire intime, âgées de 15 à 49 ans, et qui ont connu des actes de violence physique ou sexuelle, de la part d'un mari/partenaire par le passé et dans les douze mois précédant l'enquête par pays

Source : Diverses enquêtes démographiques et de santé, 1998-2007

Pays	Femmes ayant déjà été mariées/ayant vécu avec un partenaire	
	Pourcentage qui a déjà été exposé à la violence de la part d'un époux/partenaire	Pourcentage qui a été exposé à la violence par un époux/partenaire dans les 12 derniers mois
Azerbaïdjan 2006	13,5 (n=3 847) ²	10,2 (n=3 691) ³
Bolivie 2003	53,3 (n=12 005)	nd
Cambodge 2005	13,7 (n=2 037)	8,7 (n=2 037)
Cameroun 2004	43,4 (n=2 160)	28,0 (n=2 160)
Colombie 2005 ¹	39,0 (n=25 279)	nd
République dominicaine 2007	17,2 (n=7 719)	11,7 (n=7 719)
Égypte 2005	33,7 (n=5 613)	21,7 (n=5 613)
Haïti 2005	20,0 (n=2 420)	16,8 (n=2 420)
Inde 2005-06	37,2 (n=66 658) ²	23,9 (n=63 966) ³
Kenya 2003	42,9 (n=3 856)	28,2 (n=3 856)
Malawi 2004	28,4 (n=8 054)	18,5 (n=8 054)
Moldavie 2005	24,3 (n=4 209)	14,6 (n=4 209)
Nicaragua 1998	30,2 (n=8 507)	13,2 (n=8 507)
Pérou 2004	42,3 (n=2 861)	14,5 (n=2 861)
Rwanda 2005	33,8 (n=2 338)	25,6 (n=2 338)
Ouganda 2006	59,1 (n=1 598) ²	45,0 (n=1 518) ³
Zambie 2001-0	48,4 (n=3 792)	26,5 (n=3 792)
Zimbabwe 2005-06	38,2 (n=4 658) ²	30,5 (n=4 188) ³

nd : Non disponible.

1 Ne pose pas de question explicite sur la violence sexuelle.

2 veuves incluses

3 veuves exclues

Références pour les données de l'EDS sur la violence : Enquêtes EDS dans divers pays ; site web www.measuredhs.com et Kishor, Sunita et Kiersten Johnson 2004. « Profiling Domestic Violence-Multi-country Study ». Calverton, Maryland : ORC Macro.

lorsqu'une société ne soutient pas ouvertement la violence masculine contre les femmes, les normes sociales peuvent isoler les femmes et les empêcher de chercher de l'aide, notamment en renforçant l'idée selon laquelle la violence familiale est une question privée dans laquelle des étrangers ne doivent pas intervenir ou encore que la violence sexuelle est une honte pour la victime. De nombreuses études révèlent également un point important : la violence contre les femmes peut augmenter dans les communautés où les femmes commencent à se libérer des normes traditionnelles, grâce à une autonomisation économique ou éducative, du moins jusqu'à ce qu'elles atteignent un statut suffisamment élevé pour être protégées contre les répercussions de ces changements (Krug et al., 2002).

Il est clairement prouvé que les niveaux de crime et les conflits dans une société sont non seulement corrélés à des niveaux plus élevés de violence contre les femmes mais ils y sont aussi liés par relation de cause à effet. Par exemple, la violence physique et sexuelle contre les femmes tend à augmenter pendant ou après des conflits armés (Human Rights, 2004 ; IRC, 2004) ou encore après des catastrophes naturelles, peut-être à cause de l'effondrement des structures légale et sociale qui normalement agissent comme facteurs de protection (Enarson, 1998).

Beaucoup de travaux de recherche se sont penchés sur les *facteurs de risque individuels* associés à la forte probabilité qu'un homme devienne agresseur et qu'une fille ou une femme ait plus de risque de subir un acte de violence physique ou sexuelle. En effet, les études ont montré à maintes reprises que les garçons témoins ou victimes d'un acte de violence en tant qu'enfant risquent davantage de pratiquer la violence contre les femmes à l'âge adulte. Ceci fait partie des nombreux résultats renforçant l'idée selon laquelle la violence contre les femmes est un comportement acquis. L'OMS cite d'autres facteurs de risque individuels associés à la perpétration de la violence ou à la vulnérabilité face à la violence.

Toutefois, il est essentiel de noter que les facteurs de risque **associés** ou **corrélés** à un risque accru de devenir agresseur ou victime n'ont pas toujours montré un lien de causalité. Par exemple, la consommation d'alcool est largement associée à la violence mais les agresseurs consomment parfois pour se préparer à commettre un acte prémédité de violence tandis que les victimes consomment pour soulager les séquelles affectives de l'abus (Jewkes, 2002). Dans ces exemples, la violence (ou l'intention de la pratiquer) peut survenir avant la consommation d'alcool, ce qui rend difficile la distinction entre la cause et l'effet. Il existe d'autres facteurs de risque individuels contestés tels que la pauvreté, des expériences de sexualité commerciale, des problèmes économiques. Malheureusement, la plupart des études dans ce domaine sont des enquêtes transversales qui ne peuvent ni déterminer si le facteur de risque précédait la violence, ni donner des explications qualitatives sur des dynamiques sociales complexes. Il ne faut pas prendre pour acquis des relations de causalité entre les facteurs de risque et la violence sans pleinement comprendre la manière dont elles influencent la tendance des hommes à pratiquer la violence contre les femmes.

D'un point de vue de santé publique, ce sont les facteurs de risque au niveau communautaire qui sont probablement les plus utiles pour identifier des manières prometteuses de réduire la violence contre les femmes. En effet, trop se concentrer sur les facteurs de risque individuels peut faire perdre de vue le fait que la violence contre les femmes tend à survenir partout dans la société, dans tous les groupes démographiques et socioéconomiques et semble être fortement influencée par les normes et les réponses de la communauté.

Les liens entre la violence basée sur le genre, la santé sexuelle et reproductive et le VIH/SIDA

La VBG a de nombreuses conséquences négatives sur la santé et le bien-être des femmes. Les conséquences de cette violence peuvent s'avérer fatales – homicide, suicide et décès liés au SIDA – ou encore conduire à des douleurs chroniques, des blessures traumatiques ou des fistules gynécologiques traumatiques. Les répercussions de la violence sur la santé sexuelle et reproductive des femmes sont bien documentées et peuvent prendre de multiples formes, soit directement, lorsque les femmes sont forcées d'avoir des relations sexuelles ou indirectement, par exemple, l'abus sexuel lors de l'enfance qui parfois mène à des comportements à risque au plan sexuel à l'adolescence et l'âge adulte. En s'attaquant aux problèmes de la VBG,

les programmes de santé pourront renforcer leur efficacité et aider les femmes victimes de violence à bénéficier des programmes existants. Ainsi, ils arriveront peut-être à mettre fin à l'escalade de la violence.

On manque de recherches sur les liens entre la VBG et les maladies infectieuses, à part celles sur les infections sexuellement transmissibles comme le VIH. Toutefois, compte tenu des connaissances sur les liens entre le VIH et des maladies comme la tuberculose, il est possible que de telles relations existent. Des recherches supplémentaires devront être faites dans ce domaine.

Tableau 3. Répercussion documentée de la violence basée sur le genre sur la santé sexuelle et reproductive et le VIH/SIDA, selon les éléments programmatiques de l'USAID pour la santé mondiale ^(SM)

Éléments programmatiques de l'USAID	Domaine clé	Comment la violence basée sur le genre est liée à la réalisation des éléments programmatiques de l'USAID
<p>Élément du planning familial/santé reproductive de l'USAID – Faire progresser et soutenir les programmes de planification familiale volontaire et de santé de la reproduction à travers le monde</p>	<p>Réduire les grossesses non planifiées</p>	<p>Les femmes qui ont subi des violences et/ou des abus sexuels de la part d'un partenaire intime sont plus susceptibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • d'utiliser clandestinement la planification familiale • d'avoir un partenaire qui les oblige à arrêter la planification familiale • d'avoir un partenaire qui refuse d'utiliser un préservatif (Garcia-Moreno, 2002) • de connaître un taux plus élevé de grossesses non planifiées (Gazmararian et al., 1995 ; Morrison et Orlando, 2004) • de connaître une incidence plus élevée d'avortements à risques (Campbell, 2002) et • de devenir enceinte à l'adolescence (Heise et al., 1999).
<p>Élément de la santé maternelle et infantile de l'USAID – Promouvoir l'utilisation d'interventions clés de santé et de nutrition maternelles</p> <p>– Promouvoir l'utilisation d'interventions clés de nutrition et de santé infantiles</p>	<p>Diminution de la mortalité maternelle</p> <p>Meilleure survie de l'enfant</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Des abus physiques sont notés dans 4 % à 15 % des grossesses (Campbell, 2002 ; Jewkes et al., 2001 ; Muhajarine, 1999). • La violence pendant la grossesse pose des risques directs pour la mère et l'enfant suite aux traumatismes physiques et aux maladies chroniques plus nombreuses et des risques indirects, par exemple dépression, consommation de drogue, tabagisme, anémie, saignements pendant le premier et le second semestres, retard pour consulter les services prénatals et gains de poids insuffisant chez la mère (Campbell et al., 2004 ; Amaro et al., 1990 ; Campbell et al., 1992 ; Goodwin et al., 2000 ; McFarlane et al., 1996 ; Heise et al., 1999). <p>Les femmes qui ont subi la violence physique d'un partenaire intime sont plus susceptibles d'avoir des complications pendant l'accouchement (Morrison et Orlando 2004).</p> <ul style="list-style-type: none"> • La violence de la part d'un partenaire intime risque d'être plus courante chez les femmes enceintes que la pré éclampsie ou le diabète gestationnel – conditions dépistées couramment dans les consultations prénatales (Gazmararian et al., 1996 ; Campbell et al., 2004). • La violence pendant la grossesse est liée à une réduction significative, bien que petite, du poids du bébé à la naissance (Murphy et al., 2001). • Les enfants de femmes victimes d'acte de violence sont plus susceptibles de mourir avant l'âge de cinq ans (Asling-Monemi et al., 2003). <p>Les enfants des femmes battues indiquent des taux plus hauts de sous-alimentation -taux plus hauts de diarrhée, d'anémie et taux plus bas du rapport taille / âge (Morrison et Orlando 2004).</p>

Tableau 3. Répercussion documentée de la violence basée sur le genre sur la santé sexuelle et reproductive et le VIH/SIDA, selon les éléments programmatiques de l'USAID pour la santé mondiale ^(SM)

Éléments programmatiques de l'USAID	Domaine clé	Comment la violence basée sur le genre est liée à la réalisation des éléments programmatiques de l'USAID
<p>Élément VIH/SIDA de l'USAID – Promouvoir l'utilisation des meilleures réponses, plus efficaces et durables pour réduire la transmission du VIH et diminuer l'impact de l'épidémie du VIH/SIDA</p>	<p>Réduction des IST/VIH</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le viol peut être la cause de la transmission du VIH. Non seulement la plupart des violences sexuelles adviennent sans protection mais les lacérations et traumatismes du vagin augmentent le risque de transmission du virus (Jansen et al., 2002). • Les victimes de la VBG sont plus susceptibles d'avoir des comportements à risque, par exemple utilisation de drogue par voie intraveineuse, augmentant ainsi le risque d'exposition au VIH (Abdool, 2001 ; Choi et al., 1998 ; Gilbert et al. 2002 ; Heise et al., 1999 ; Wyatt et al., 2002). • La violence de la part d'un partenaire intime est un facteur de risque de contracter des IST qui peut, à son tour, augmenter la transmission du VIH (Bogart et al., 2005 ; Fonck et al., 2005 ; Lichtenstein, 2005 ; Thompson et al., 2002). • Les victimes de la violence basée sur le genre sont souvent incapables de négocier l'utilisation d'un préservatif (Campbell et Soeken, 1999 ; Davila, 2002 ; Davila et Brakley, 1999 ; Wingood et Clemente, 1997). • Une femme risque de s'exposer à la violence si elle propose d'utiliser un préservatif (Gielen et al., 2000 ; Heise et al., 1999). • La violence ou la peur de la violence risque d'empêcher les femmes de passer le test de dépistage du VIH ; de plus, la violence peut être une conséquence du dépistage (Gielen et al., 2000 ; Heise et al., 1999 ; Maman et al., 2001 ; Maman et al., 2002 ; Zierler et al., 2000). <p>La VBG affecte la capacité de la femme de vivre d'une manière positive¹ et d'avoir accès à l'attention médicale, traitement et soutien (Gruskin et al., 2002 ; Lichtenstein, 2006 ; Liebschutz et al., 2005 ; Sowell et al., 1999 ; Stevens and Richards, 1998).</p> <p>L'abus d'alcool par les hommes aussi que les femmes est associé à un risque accru que les femmes subissent la VBG, ainsi que l'infection VIH (Ashley et al., 2006 ; Dunkle et al., 2004 ; Mackenzie et al., 2007 ; McDonnell et al., 2003 ; Morris et al., 2006 ; Phorano et al., 2005).</p>

¹ « Vivre positif » évoque la capacité des personnes séropositives à garder et promouvoir leur santé physique, psychologique et émotionnelle, et aussi à promouvoir la santé et le bien-être d'autres.

Principes directeurs des programmes de la violence basée sur le genre

A l'instar des services de planification familiale, santé maternelle et services liés au VIH, les activités dans le domaine de la VBG exigent qu'une grande attention soit portée à la confidentialité, à l'intimité, au consentement informé et aux questions de divulgation. Compte tenu des risques potentiels de représailles contre les survivantes, les données sur les « meilleures pratiques » dans ce domaine suggèrent que les organisations doivent suivre certains principes fondamentaux dans la conception et la mise en œuvre des activités de VBG. **En général, c'est le principe « de ne pas nuire » qui devrait guider chaque décision prise.** Parmi les principes plus spécifiques se retrouvent :

Vérifier que toutes les activités respectent avant tout la sécurité et l'autonomie des survivantes

- Encourager les programmes et les prestataires de soins de santé à aborder la VBG avec les clientes uniquement après avoir pris les mesures nécessaires (sensibilisation, formation continue soutenue, suivi) ou garantir que les prestataires adoptent les bonnes attitudes et posent les gestes nécessaires pour protéger la confidentialité et l'intimité des clientes.
- Encourager les programmes et les prestataires à informer les femmes de toutes les options et leur permettre de prendre leurs propres décisions sans que le prestataire n'exerce une trop grande influence.
- Si les organisations sanitaires ne sont pas équipées pour traiter directement la VBG pendant les consultations médicales (par exemple, s'il n'existe pas d'endroit pour s'entretenir en privé), elles devront trouver d'autres manières pour aider les victimes de violence. Par exemple, elles peuvent fournir des informations sur les ressources destinées aux victimes de violence dans les salles d'attente ou les toilettes.
- Chaque fois que possible, faire participer les femmes et les communautés à la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des interventions.

Vérifier la pertinence et l'adéquation des interventions dans le contexte local

- Faire une analyse situationnelle avant de concevoir une intervention.
- Vérifier l'adéquation culturelle des interventions, surtout lorsqu'on adapte des activités qui étaient prévues pour d'autres contextes.
- Soutenir la collecte et la diffusion des données locales aux fins de sensibilisation et de plaidoyer (en utilisant les directives éthiques de l'OMS, OMS 2001).

Travailler tant dans l'optique de la santé publique que des droits humains

- Utiliser les données existantes pour faire ressortir l'ampleur et les effets sur la santé, de la VBG.
- Ne pas permettre que « la culture » ou « la tradition » soit invoquée pour justifier la VBG ; reformuler la question en termes de santé publique et de violation des droits humains.
- Remettre en question les normes selon lesquelles la violence exercée par le partenaire intime est acceptable (par exemple, le droit des hommes à « discipliner leur femme ») ou encore il s'agit d'une affaire privée.
- Défendre l'idée selon laquelle les droits humains sont inaliénables et indivisibles ; les femmes ont le droit de vivre sans violence quelles que soient les circonstances.
- Autonomiser les communautés pour qu'elles remettent en cause les normes entérinant la violence.

Encourager les interventions multisectorielles à de multiples niveaux

- Réaliser des analyses situationnelles pour trouver les organisations locales qui sont actives dans le domaine de la VBG et décider stratégiquement de la démarche à adopter.

- Travailler en collaboration avec des organisations des divers secteurs (police, système judiciaire, soutien social, etc.) et avec des programmes orientés vers d'autres problèmes, par exemple, la grossesse précoce à l'adolescence, la toxicomanie, etc.
- Soutenir des activités aux niveaux local et national.

Investir dans l'évaluation tant pour juger des résultats que pour protéger la sécurité des survivantes

- Vérifier que les programmes s'inspirent de l'enseignement tiré sur le terrain concernant les meilleures pratiques (se rapporter à Bott et al., 2005 et Guedes, 2004 pour une information détaillée sur les initiatives prometteuses face à la VBG).

- Suivre et évaluer les activités traitant de la VBG de manière aussi rigoureuse que possible.
- Faire participer les femmes et les autres bénéficiaires du programme au processus d'évaluation chaque fois que possible.
- Documenter et diffuser l'enseignement tiré à la plus grande échelle possible.

SECTION II

BIEN-FONDÉ ET ACTIONS

NOTE :

La section suivante traite du « pourquoi » et du « comment » des différentes approches (mobilisation communautaire, services de santé, etc.) pour aborder la lutte contre la VBG. Elle s'inspire de l'information disponible actuellement concernant les interventions prometteuses sur le terrain. Les programmes spécifiques ne sont pas exposés en détail dans ce document et des informations supplémentaires sur les interventions prometteuses se trouvent dans le passage en revue de littérature commandité par l'USAID, intitulé « Addressing GBV from the Reproductive Health / HIV Sector :A Literature Review and Analysis » (Guedes, 2004) <http://www.prb.org/pdf04/AddressGendrBasedViolence.pdf>.

Si les programmes de prestation des services de santé jouent certes un rôle important dans la réponse à la VBG et la diminution de ses effets, d'autres approches peuvent être plus indiquées pour d'abord prévenir la violence contre les femmes puis réduire, à plus long terme, le niveau général de VBG. La mobilisation communautaire et la communication pour le changement social et comportemental figurent parmi ces approches. En s'appuyant sur ce bien-fondé, **l'ordre de présentation des thèmes vise à attirer l'attention sur les stratégies qui semblent les plus prometteuses dans le domaine de la prévention.**

Programmes de mobilisation communautaire

Raisons POUR LESQUELLES les programmes de mobilisation communautaire devraient traiter la violence basée sur le genre

Des études montrent que les normes liées au genre et l'acceptabilité de la violence exercent une grande influence sur la prévalence de la VBG. En effet, dans divers pays, les données des EDS montrent que les hommes et les femmes pensent que le comportement du mari est justifié lorsqu'il bat sa femme si elle désobéit et/ou refuse d'avoir des relations sexuelles (Kishor et Johnson, 2004). Même dans des contextes où il n'existe pas une approbation ouverte de la violence contre les femmes, la société jette souvent le blâme sur les femmes et les stigmatise, en cas de violence physique et sexuelle, plutôt que sur les agresseurs masculins. Les stratégies de mobilisation communautaire sont des voies prometteuses pour prévenir la VBG en visant à changer les normes communautaires sur le genre et le caractère acceptable de la violence.

Les stratégies de mobilisation communautaire constituent souvent un moyen important d'améliorer la réponse communautaire à la VBG lorsqu'elle survient. Premièrement, dans des nombreux pays, la violence au sein de la famille est considérée affaire privée dans laquelle les étrangers ne devraient pas intervenir. Ces normes empêchent les prestataires des services d'apporter le soutien approprié aux survivantes de même qu'elles empêchent les femmes d'aller chercher de l'aide auprès de la famille, des amis et d'autres membres de la communauté. La seconde raison pour laquelle la mobilisation communautaire est si importante pour améliorer la réponse à la violence est la suivante : les organisations qui offrent des services doivent collaborer entre elles et avec la communauté en général pour vérifier l'existence de réseaux de référence et s'assurer que les femmes ont effectivement accès à toute une gamme de services de qualité par exemple, les abris d'urgence, les soins médicaux, les conseils, la protection de la police et l'assistance économique.

Raisons sélectionnées pour lesquelles les programmes de mobilisation communautaire devraient traiter la violence basée sur le genre

- La prévention de la VBG dépend des changements des normes sur l'égalité des genres et le caractère acceptable de la violence contre les femmes. Les interventions visant uniquement les individus ne suffisent pas.
- Les programmes de mobilisation communautaire peuvent changer les attitudes et les comportements liés à la violence et encourager des relations plus équitables entre hommes et femmes.
- La prévention de la VBG exige que la société tienne pour responsables les agresseurs plutôt que blâmer les victimes.
- L'établissement des services complets exige la mobilisation de regroupements, de réseaux de référence de prestataires des services dans la communauté afin que tous travaillent en collaboration.
- Le changement des normes est essentiel pour permettre aux survivantes d'obtenir de l'aide auprès des familles et des services communautaires.
- Les programmes de mobilisation communautaire peuvent améliorer l'autonomisation économique des femmes – autre stratégie à long terme pour prévenir la violence basée sur le genre.

COMMENT les programmes de mobilisation communautaire peuvent traiter la violence basée sur le genre

1) **Soutenir les activités qui intègrent la mobilisation communautaire sur la VBG aux programmes existants de santé et de développement.** La vulnérabilité des femmes face à la violence est souvent liée aux conditions générales de leur statut socioéconomique et politique et, par conséquent, les programmes qui interviennent dans le domaine de la santé et de l'autonomisation de la femme sont en mesure de renforcer la prévention de la

VBG ou du moins d'améliorer la réponse communautaire face à la VBG. De plus en plus de faits montrent que les programmes liés au VIH devraient tenir compte explicitement de la VBG pour traiter les deux problèmes (voir par exemple, Dunkle et al., 2004 ; Garcia-Moreno and Watts, 2000 ; Maman et al., 2000). Il existe des nombreuses possibilités d'intégrer des interventions de lutte contre la VBG aux programmes de santé maternelle et à d'autres programmes de santé reproductive.

2) Soutenir les activités qui cherchent à réduire la tolérance de la violence au niveau communautaire, en impliquant les garçons et les hommes. Les faits suggèrent que l'une des manières les plus prometteuses de réduire la tolérance de la VBG consiste à promouvoir des normes de non-violence et d'égalité entre les sexes auprès des garçons et des hommes. Plusieurs enseignements instructifs peuvent être tirés d'activités prometteuses dans ce domaine (par exemple, *Men as Partners*, *Raising Voices* et *Stepping Stones*, décrites dans Guedes, 2004) (pour une évaluation des programmes, voir Barker, Ricardo et Nascimento 2007). Ainsi, il est plus facile de changer les normes chez les garçons et les jeunes hommes lorsque celles-ci ne sont pas encore profondément ancrées. Deuxièmement, les programmes semblent mieux réussir s'ils font ressortir les avantages positifs de l'égalité entre les sexes plutôt que de seulement jeter le blâme ou de transmettre d'autres messages négatifs. Certains programmes de mobilisation communautaire de petite envergure ont réussi à changer le comportement des hommes violents en invoquant les sanctions sociales de la communauté. Par exemple, les programmes *Stepping Stones* en Gambie (Shaw et Jawo, 2000) et au Pérou (Rogow et Bruce, 2000) ont réuni des données qualitatives prouvant qu'ils avaient réussi à diminuer la violence de partenaires intimes dans des communautés choisies. Par ailleurs, ces programmes ont obtenu ces résultats, pas seulement avec des messages négatifs, mais en collaborant étroitement pour obtenir le soutien des hommes en faveur de la non-violence et en créant des possibilités de dialogue chez les femmes et les hommes de la communauté pour exprimer leurs préoccupations.

3) Soutenir les programmes qui mobilisent une large section représentative de la communauté à la base. Les programmes de mobilisation communautaire ont plus de chance d'être efficaces s'ils rejoignent tous les membres de la communauté (femme, homme, jeune et enfant) ainsi que différentes organisations communautaires (conseils

de santé villageois, dirigeants religieux et traditionnels, groupes de sport, police, écoles, ONG, organisations confessionnelles, etc.). En effet, plutôt que d'imposer des solutions de l'extérieur, ces programmes travaillent côte à côte avec les communautés pour comprendre les modèles et les conséquences de la violence contre les femmes et développer leurs propres stratégies pour prévenir la VBG et y répondre.

4) Soutenir les efforts visant à créer des partenariats entre les dirigeants communautaires, les représentants officiels du gouvernement et les ONG dans la lutte contre la VBG au niveau communautaire. L'expérience des divers programmes montre combien il est important d'engager les dirigeants locaux (tant formels qu'informels) pour développer des stratégies de lutte contre la VBG dans l'ensemble de la communauté. La collaboration entre la société civile et les collectivités locales est essentielle tant pour améliorer la réponse communautaire face à la violence que pour réduire les niveaux de violence à long terme (Michau et Naker, 2004). Dans certains contextes, (par exemple, Costa Rica, Afrique du Sud, Ouganda), des programmes ont obtenu de bons résultats en s'alliant à des réseaux formels ou informels, des coalitions spéciales et groupes de travail aux niveaux local ou national (voir Bott et al., 2005). Des tels réseaux peuvent revendiquer une réforme législative et politique, demander une augmentation de l'investissement public et privé dans les programmes de VBG, mettre en place des réseaux de référence, recommander des réformes institutionnelles, s'assurer que les survivantes bénéficient de services plus complets et également faciliter la sensibilisation au sein de la communauté prise dans son ensemble.

5) Soutenir la mobilisation communautaire pour améliorer l'accès des survivantes aux services. Les programmes communautaires peuvent faciliter l'accès des femmes aux services, d'abord en mobilisant les organisations communautaires pour qu'elles offrent une meilleure réponse face à la VBG (par exemple, les abris, les conseils, les soins médicaux, la protection de la police, l'assistance économique ou d'autres types de services sociaux) et, ensuite, en sensibilisant davantage la communauté aux services existants pour les survivantes de la violence. Des campagnes de grande envergure encouragent les femmes à chercher de l'aide mais elles doivent être lancées après avoir vérifié qu'il existe bien les ressources communautaires pour les survivantes de VBG

car, sinon, les femmes risquent d'être rejetées et blâmées, plutôt qu'aïdées. Les étapes d'amélioration de la réponse communautaire peuvent inclure :

- Créer un contexte communautaire favorable où les femmes se sentent en sécurité lorsqu'elles cherchent de l'aide
- Déterminer les ressources communautaires existantes y compris les manques
- Améliorer la capacité des institutions existantes – informelles et formelles (y compris les ONG) – à prendre en charge les femmes ayant subi un acte de violence
- Renforcer les partenariats entre les organisations et
- Diffuser l'information sur les services existants par le biais de groupes communautaires, campagnes de publicité et mécanismes de référence (y compris les permanences téléphoniques lorsque l'infrastructure le permet).

6) Apporter un soutien financier à long terme pour que les activités de mobilisation communautaire aient suffisamment de temps pour effectuer des changements et que les résultats soient visibles.

La communauté doit s'engager à long terme pour changer des comportements profondément ancrés.

Les bailleurs des fonds doivent investir des fonds sur plusieurs années pour engendrer un changement véritable au sein d'une communauté. Les programmes de mobilisation communautaire ont également besoin de temps pour évaluer leurs progrès et dégager les preuves attestant de la réussite ou de l'échec des projets. Il n'est pas facile d'estimer les délais nécessaires pour de tels programmes car plusieurs facteurs influencent le temps nécessaire pour produire un changement durable, notamment la taille géographique de la région du programme, la taille de la population, le personnel, son niveau de capacité pour la mise en œuvre du programme, le degré de résistance au sein de la communauté, l'existence d'un financement adéquat et ininterrompu, la volonté de collaborer des institutions locales et des membres de la communauté, la force du leadership du gouvernement et des ONG, etc. Consciente de tous ces facteurs, Lori Michau, coordinatrice de *Raising Voices* (une ONG avec une vaste expérience en ce domaine) estime qu'il faudra au moins deux ans pour un programme de mobilisation communautaire, et qu'une durée plus raisonnable serait trois à quatre ans (communication personnelle).

Initiatives prometteuses : *Raising Voices*

Créé en 2000, le projet de prévention de la violence conjugale fonctionne comme partenariat entre *Raising Voices*, l'Association nationale des organisations féminines de l'Ouganda (NAWOU, en anglais) et *ActionAid*, cherchant ainsi à mettre à l'essai une approche donnée dans « *Mobilizing Communities to Prevent Domestic Violence : A Resource Guide for Organizations in East and Southern Africa* ». Le projet a connu un tel succès qu'il est devenu en 2003 une entité indépendante avec *Raising Voices* et a changé de nom pour devenir le *Center for Domestic Violence Prevention* (CEDOVIP, en anglais).

Cette activité communautaire vise à prévenir la violence domestique en travaillant étroitement et pendant longtemps avec un groupe représentatif des membres et des leaders de la communauté pour changer les attitudes et les comportements qui perpétuent la violence contre les femmes. Le programme se fonde sur les droits humains. Non seulement il part du principe que les femmes ont le droit de vivre sans violence mais il est également orienté sur la responsabilité collective d'observer et de faire respecter ce droit.

Le processus de mobilisation communautaire proposée dans ce projet se déroule en cinq étapes:

- Étape 1 : *Evaluation communautaire* pour collecter l'information initiale sur les attitudes et les croyances entourant la violence domestique. Plus de 400 membres communautaires ont participé aux entretiens, aux discussions de groupes de focalisation et aux questionnaires pendant cette étape.
- Étape 2 : *Accroître la sensibilisation* à la violence domestique et ses conséquences négatives dans la communauté dans son ensemble et parmi les secteurs professionnels clés, par exemple, les services de santé, les agents de la loi, etc.
- Étape 3 : *Développer les réseaux* de soutien, d'action et de résistance pour donner aux personnes les moyens nécessaires de passer à l'action et adopter le changement.
- Étape 4 : *Intégrer l'action* contre la violence domestique dans la vie quotidienne et systématiquement au sein des institutions.
- Étape 5 : *Consolider les efforts* pour garantir leur durabilité, croissance continue et progrès.

Source : Guedes, 2004.

En bref...

Les programmes de mobilisation communautaire DEVRAIENT	Les programmes de mobilisation communautaire NE DEVRAIENT PAS
<p>Encourager la participation de tous les secteurs de la communauté pour comprendre la VBG, concevoir les solutions ainsi que mettre en œuvre et évaluer les programmes.</p>	<p>Imposer des solutions et des normes de l'extérieur sans véritable participation ni apport communautaire.</p>
<p>Mobiliser les structures existantes (conseils locaux, groupes féminins, union des Maires, cours traditionnelles, comités de leadership, etc.) et les organisations dans la communauté afin de collaborer pour mettre en place une réponse globale pour les survivantes.</p>	<p>Lancer des campagnes pour encourager les femmes à obtenir de l'aide avant de mettre en place des ressources communautaires pour assurer aux survivantes une réponse adéquate.</p>
<p>Mobiliser les hommes à titre d'alliés dans les efforts déployés pour promouvoir les avantages de relations plus équitables entre genres pour la communauté entière et mettre de l'avant des modèles masculins positifs.</p>	<p>Sous-estimer l'importance, les obstacles et le temps nécessaire pour changer les croyances des hommes sur les normes liées au genre et à la non-violence.</p>
<p>Encourager les communautés à tenir pour responsables les agresseurs et remettre en question les normes qui tolèrent la violence contre les femmes comme pratique acceptable.</p>	<p>Utiliser des stratégies qui s'appuient seulement sur la honte plutôt que sur des messages positifs concernant l'équité entre genres et les relations saines.</p>
<p>Intégrer les stratégies de mobilisation communautaire contre la VBG aux projets de santé et de développement existants, par exemple, les projets de santé reproductive et les projets liés au VIH.</p>	<p>Sous-estimer les obstacles pour développer des partenariats avec des organisations travaillant sur des questions connexes mais distinctes.</p>
<p>Envisager d'adapter des stratégies communautaires qui sont importées d'autres contextes.</p>	<p>Ignorer les normes socioculturelles, les coutumes religieuses et les pratiques locales.</p>
<p>Déployer de multiples stratégies pour changer les normes communautaires, notamment les médias et le plaidoyer locaux, l'activisme local, la formation et le matériel de communication.</p>	<p>Se concentrer sur une seule stratégie qui n'atteindra qu'une portion limitée de la communauté.</p>
<p>Investir à long terme dans des activités prometteuses visant à changer les normes communautaires.</p>	<p>S'attendre au changement immédiat des normes et attitudes à propos du genre et de la violence.</p>

Programmes de communication pour le changement social et comportemental

Raisons POUR LESQUELLES les programmes de communication pour le changement social et comportemental (CCSC) devraient traiter la violence basée sur le genre

La communication pour le changement social et comportemental (CCSC) recoupe toute une panoplie des médias de masse ainsi que des stratégies de communication interpersonnelle, par exemple, la radio, la télévision, le théâtre communautaire, les ateliers, les magazines, les campagnes de sensibilisation, les affiches, les brochures et les imprimés. Des nombreux programmes de santé ont utilisé avec succès la CCSC pour traiter d'autres problèmes de santé publique et le mouvement des femmes emploie depuis bien longtemps des stratégies de communication pour lutter contre la VBG (voir Drezin, 2001 et Drezin et Lloyd-Laney, 2003). De plus, la VBG étant étroitement liée à d'autres problèmes de santé, il est attesté que de nombreuses campagnes de communication pour la santé pourraient être plus efficaces si elles intégraient la VBG à leur travail, surtout celles qui interviennent au niveau de la prévention des grossesses non planifiées et de la transmission du VIH. Enfin, le travail de communication est également un volet important d'autres stratégies utilisées pour lutter contre la VBG, que ce soit le plaidoyer auprès des décideurs, la sensibilisation et la formation des prestataires des soins et services ou encore les stratégies de mobilisation communautaire.

COMMENT les programmes de communication pour le changement social et comportemental peuvent traiter la violence basée sur le genre

1) Soutenir des activités qui visent à réduire l'acceptabilité de la violence et qui encouragent un modèle des normes et des comportements équitables entre genres. Pour réduire les niveaux de VBG, la première étape consiste à changer les normes et attitudes

Raisons sélectionnées pour lesquelles les programmes de CCSC devraient traiter la violence

- Il est capital d'accroître la sensibilisation, de changer les attitudes, les normes culturelles et sociales ainsi que les comportements pour prévenir et lutter contre la VBG.
- Les programmes de CCSC peuvent aider à améliorer la réponse communautaire face à la VBG et mettre en place des systèmes de soutien pour faciliter l'accès des survivantes aux diverses formes d'aide.
- Les programmes de CCSC peuvent devenir plus efficaces en s'appuyant sur le fait que de nombreux domaines sanitaires – par exemple le VIH et la planification familiale – sont liés à la VBG et devraient donc être traités simultanément.
- Les stratégies de CCSC complètent d'autres activités de prévention et de réponse à la VBG en changeant l'environnement social et en sensibilisant les femmes à l'existence des services.

qui encouragent ou qui tolèrent la VBG au départ. Il existe des stratégies de communication pour changer les normes et attitudes à trois niveaux au moins :

- Au *niveau individuel*, la CCSC peut apporter des informations, sensibiliser davantage et modifier les attitudes. La CCSC peut également influencer les comportements, notamment la violence des agresseurs (par exemple, en encourageant des hommes qui ne sont pas violents à adopter un modèle positif) ; le recours à l'aide de la survivante et la réponse empathique de la famille, des amis et des prestataires de services.
- Au *niveau communautaire*, la CCSC peut influencer l'environnement sociopolitique, stimuler le dialogue et le débat et influencer les initiatives de politiques publiques.
- Aux *niveaux sociétal ou national*, la CCSC peut influencer le discours public ainsi que l'environnement politique, aux plans national et international.

2) **Soutenir les efforts pour intégrer la VBG aux programmes existants de CCSC.** Un grand nombre de programmes utilisant déjà les stratégies de CCSC pour traiter des questions liées à la VBG, y compris le VIH et la planification familiale, peuvent intégrer des messages sur la VBG et des éléments dans leurs activités globales. Les programmes de communication peuvent également concevoir des campagnes axées sur la VBG, par exemple, la coercition sexuelle des jeunes, la violence exercée par les partenaires intimes ou le viol.

3) **Soutenir les efforts pour relier les activités de communication à d'autres types d'activités contre la VBG. Les partenariats entre les activités de CCSC et d'autres types de programmes sont essentiels.** En effet, ils aident le public à trouver les services dans la communauté et développer le soutien nécessaire pour changer les politiques. Aussi, il est important que les programmes de CCSC établissent des relations avec d'autres organisations dans la communauté ou le pays et qu'ils envisagent de réaliser des activités conjointes telles que les campagnes qui font connaître les services ou qui distribuent du matériel éducatif dans les centres de santé, les écoles et d'autres endroits.

4) **Soutenir les activités qui visent à améliorer les normes et les attitudes chez les garçons et les hommes.** Ce n'est qu'en encourageant les normes de non-violence et d'équité entre genres auprès des garçons et des hommes qu'on arrivera à éliminer la violence à long terme. Ainsi, les activités de CCSC

sont utiles puisqu'elles : a) combattent les croyances et normes existantes contribuant à la tolérance et au maintien de la VBG, et b) influencent les connaissances, attitudes et comportements des garçons et des hommes, notamment en faisant appel aux médias de masse pour promouvoir l'égalité entre genres et encourager des modèles masculins positifs d'hommes non-violents. Dans ce contexte, il est important de collaborer avec des dirigeants tribaux et traditionnels ainsi qu'avec des organisations confessionnelles.

5) **Soutenir les activités qui utilisent de multiples canaux médiatiques pour sensibiliser un large public, y compris les jeunes et les hommes.** D'après l'expérience de plusieurs activités prometteuses de CCSC, il est important d'utiliser de multiples formats médiatiques (feuilletons télévisés ou radiophoniques aux heures de grande écoute, imprimés) pour exploiter au maximum les possibilités de chaque média et atteindre ainsi une grande variété de publics. Ces expériences soulignent également les vastes possibilités du « divertissement éducatif » (voir encadré ci-après) qui influencent les normes sociales chez les jeunes avant que les attitudes sur le genre et la violence ne s'enracinent davantage.

6) **Soutenir l'investissement dans des évaluations rigoureuses des activités de CCSC.** Si l'évaluation rigoureuse est importante pour tous les types de programmes de lutte contre la VBG, les activités de CCSC présentent un défi particulier lié à la difficulté de mesurer les changements sociaux à long terme. Ainsi, il

Initiatives prometteuses : « Divertissement éducatif »

« *Puntos de Encuentro* » au Nicaragua et « *Soul City* » en Afrique du Sud, sont les deux exemples les plus connus de « divertissements éducatifs » de la lutte contre la VBG – stratégie qui combine le divertissement et l'éducation en utilisant des feuilletons radiophoniques et télévisés aux heures de grande écoute, en plus d'un grand nombre d'autres stratégies de communication. Ces organisations ont conçu des campagnes pour sensibiliser, modifier les comportements, changer les normes et attitudes sociales et démontrer les conséquences de divers choix liés à toute une série de questions de santé et de développement.

Une évaluation récente du projet de *Puntos de Encuentro* « *Somos Diferentes, somos iguales* » (SDSI) (« Nous sommes différentes, nous sommes égales » en français) révèle que l'exposition à ces interventions était bien répandue. Les résultats de cette exposition étaient une réduction notable des attitudes stigmatisées et discriminatoires concernant le genre, une augmentation de la connaissance et l'utilisation des services VIH et une augmentation notable dans la communication interpersonnelle concernant la prévention de VIH et le comportement sexuel. En plus, on constate que le SDSI a joué un rôle important dans la promotion d'un dialogue au niveau communauté sur des sujets clés. Ce dialogue a promu des alliances entre les diverses organisations.

Source : Solórzano et al., 2008 and Guedes, 2004.

est important de soutenir des évaluations bien conçues et à plus long terme qui peuvent faire progresser ce domaine en identifiant les stratégies de communication qui combattent le mieux les différents types de VBG

et mesurent les conséquences imprévues possibles. (Pour de plus amples informations sur les activités de CCSC, prière de consulter la section G sur le suivi et l'évaluation).

En bref...

Les programmes de CCSC DEVRAIENT	Les programmes de CCSC NE DEVRAIENT PAS
Soutenir des activités durables à long terme plutôt qu'à court terme.	S'attendre à un impact profond ou durable provenant des campagnes à court terme.
Intégrer la question de la violence basée sur le genre aux programmes existants de communication en santé publique.	Ignorer les liens entre la VBG et d'autres questions de santé – tels que les grossesses non planifiées et le VIH – et ignorer les possibilités d'intégrer la VBG.
Combiner les stratégies de communication pour les médias de masse à d'autres stratégies, telles que les prestations des services et la mobilisation communautaire.	Sous-estimer l'effort nécessaire pour développer les relations qui serviront à mettre en œuvre des stratégies en coordination avec d'autres organisations et intervenants sociaux.
Veiller à ce que les images et les messages soient constructifs et ne renforcent pas de stéréotypes, tels que les femmes sont des « victimes » et les hommes des « agresseurs ».	Ignorer le besoin de faire une recherche préliminaire et de valider le matériel auprès des membres du public cible afin d'éviter les interprétations non souhaitées/non prévues.
Soutenir des programmes qui utilisent différents types de canaux et formats médiatiques, y compris le « divertissement éducatif ».	Sous-financer les campagnes de médias de masse (par exemple, les feuillets éducatifs) puisqu'elles exigent un investissement initial important.
Promouvoir des partenariats entre organisations avec des programmes complémentaires et rechercher des possibilités de financer les « pièces manquantes » qui en complètent d'autres.	Soutenir les organisations qui ne sont pas prêtes ou qui ne veulent pas travailler en collaboration.
Accorder la priorité à des investissements dans des évaluations rigoureuses et à long terme d'activités de CCSC.	Sous-estimer le temps nécessaire pour arriver au changement social complexe concernant la VBG.
Soutenir des activités qui encouragent des changements de normes dans de multiples groupes de la population (y compris les hommes et femmes, les adolescents et les adultes), et d'autres publics, tels que les enseignants, la police et le système juridique.	Utiliser un seul ensemble de messages pour différents groupes cibles. L'expérience recueillie par les programmes montre bien que « la taille unique » ne convient pas. En revanche, si l'activité s'adresse aux multiples populations, des stratégies/messages spécifiques doivent être adaptés à chaque groupe.

Programmes de prestation des services de santé

Raisons POUR LESQUELLES les programmes de prestation des services de santé devraient traiter la violence basée sur le genre

Les organisations des soins de santé – surtout celles qui interviennent dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive – ne peuvent pas apporter aux femmes des soins de santé de la plus haute qualité si elles ne prennent pas l'engagement de répondre aux besoins des femmes exposées à la violence et d'assurer leur sécurité. De plus, les programmes de santé qui oublient les implications de la violence sexuelle et de la violence d'un partenaire intime parmi leurs clientes, peuvent exposer, involontairement, les femmes et les filles, aux risques accrus de violence – par exemple, en ne faisant pas suffisamment attention à la confidentialité.

COMMENT les programmes de prestation des services de santé peuvent traiter la violence basée sur le genre

Les services de santé ont pour rôle principal de répondre aux besoins des femmes touchées par la VBG et de les aider à éviter toute exposition supplémentaire à la violence. Si la prévention primaire (prévenir la violence avant qu'elle ne survienne) est tout aussi importante que le traitement, les autres approches décrites dans ce document (mobilisation communautaire, CCSC, etc.) sont peut-être plus indiquées pour s'attaquer à la prévention de la VBG.

1) Utiliser une « approche – systèmes » pour améliorer la réponse des services de santé à la VBG. Des nombreuses organisations des soins de santé ont essayé de lutter contre la VBG en apportant une formation unique aux prestataires ou en effectuant un seul changement de politique (par exemple, en demandant aux prestataires de questionner les femmes sur la violence). D'après les évaluations de programme, ces efforts limités ne permettent guère d'améliorer la réponse sur le plan des soins de santé ni de produire un changement durable. En outre, dans les contextes

Raisons sélectionnées pour lesquelles les services de santé devraient traiter de la violence basée sur le genre

- La VBG est une des grandes causes d'invalidité et de décès chez les femmes.
- Les programmes de santé – y compris ceux consacrés au VIH/SIDA – peuvent être plus efficaces s'ils reconnaissent les répercussions de la violence contre les femmes sur la santé reproductive.
- Les prestataires des soins de santé qui ne posent pas de questions sur la VBG risquent d'établir un mauvais diagnostic des victimes ou de leur prodiguer des soins inadéquats.
- Les organisations des services de santé sont probablement le premier, voire le seul, point de contact à l'extérieur du domicile pour les femmes ayant subi la violence.
- Les prestataires des soins de santé qui conseillent les femmes et leur apportent des informations sont probablement en position stratégique pour aider les femmes à obtenir l'aide avant que la violence empire.
- Les prestataires risquent d'exposer les femmes à de plus grands risques, involontairement, s'ils sont mal informés ou mal préparés, surtout ceux qui travaillent dans les services des conseils et dépistage volontaire (CDV) et diagnostic des IST/ notification des partenaires (voir par exemple, USAID/Synergy, 2004).
- La lutte contre la VBG peut également améliorer la qualité générale des soins de santé pour les femmes en sensibilisant davantage à leurs besoins médicaux et psychologiques.
- Les organisations des soins de santé peuvent amener la société à prendre conscience que la VBG est un problème de santé publique.

Source : adapté de Bott et al., 2004.

aux ressources limitées, où les systèmes juridiques sont faibles et où il n'existe pas de service de référence dans la communauté, des mesures timides risquent de faire plus de tort que de bien. De plus en plus de faits prouvent

que la manière la plus efficace d'améliorer la qualité des soins de santé pour les survivantes de la violence consiste à effectuer des changements dans l'ensemble de l'organisation sanitaire – stratégie appelée « approche systémique » (Heise et al., 1999). L'idée qui sous-tend l'approche systémique est la suivante : la VBG comporte des implications pour chaque aspect des services de santé, depuis l'infrastructure physique du centre de santé (par exemple, disponibilité de salles de consultation privée) jusqu'à la circulation des clients, le soutien accordé au personnel, la supervision et la formation, les réseaux de référence. De fait, changer la culture professionnelle d'une organisation entière peut être essentiel pour convaincre de nombreux travailleurs de la santé que la violence contre les femmes est un problème de santé qui doit faire partie de leur travail.

Composantes de l'approche – systèmes (Pour plus de détails sur chacun de ces points, voir le Tableau 4 à la fin de la section.)

- Engagement institutionnel face à la VBG en tant que question de santé publique et des droits humains
- Politiques sur le harcèlement sexuel
- Politiques et infrastructure qui protègent l'intimité et la confidentialité des patientes
- Connaissance des lois locales relatives à la VBG
- Formation et soutien continus pour le personnel
- Réseau de référence des survivantes vers les services juridiques, conseils, abris, etc.
- Protocoles des soins destinés aux survivantes
- Médicaments d'urgence tels que prophylaxie des IST, prophylaxie post-exposition (PPE) et pilule contraceptive d'urgence (PCU), où elle est soutenue par le gouvernement
- Matériel éducatif sur la VBG pour les clientes
- Systèmes de collecte de données
- Suivi et évaluation de la collecte des soins

2) **Soutenir les efforts pour porter pleinement attention à la VBG dans le cadre des programmes de santé existants.** Certains programmes de santé traitent la VBG en mettant en place des systèmes parallèles pour les survivantes et en limitant le rôle des médecins au dépistage et aux références de cas de VBG. A court terme, il peut sembler plus facile de créer des services de VBG indépendants mais la qualité des soins et les interventions durables ne peuvent être améliorées que si

les programmes prêtent pleinement attention à la VBG dans tous les services de santé. En apportant le soutien institutionnel et la formation continue nécessaires, les programmes encouragent les prestataires à envisager les répercussions de la VBG dans tous les aspects de leur travail. Par exemple, cette approche intégrée requiert, des prestataires qu'ils comprennent qu'en donnant aux femmes des conseils sur les méthodes contraceptives, la négociation de l'utilisation du préservatif, la prévention des IST/VIH et les soins prénatals, elles deviennent vulnérables à la violence de la part de leur partenaire. Les prestataires peuvent également envisager la VBG comme une explication possible pour des IST récurrentes et l'arrêt de la contraception. Ils peuvent aussi reconnaître les signes de violence physique et affective pendant des examens cliniques. Par ailleurs, les programmes de CDV-VIH peuvent se donner des politiques qui reconnaissent le risque de violence contre les femmes en cas de communication du statut VIH d'une patiente. Les programmes de santé doivent également être en mesure de faire des examens médicaux et de donner un traitement d'urgence avec empathie aux survivantes de VBG, leur offrant notamment une prophylaxie post exposition au VIH et une contraception d'urgence lorsqu'elle est autorisée par le gouvernement pour les survivantes de violence sexuelle.

3) **Soutenir les efforts à long terme pour sensibiliser et former des professionnels de la santé en matière de VBG.** Comme noté plus haut, les professionnels de la santé ont besoin de soutien institutionnel, de supervision, d'incitation et d'une bonne formation pour traiter adéquatement la VBG. Par ailleurs, plusieurs défis doivent être relevés pour apporter cette formation. Par exemple, un grand nombre de professionnels de la santé n'ont pas été formés pour reconnaître la violence contre les femmes comme un problème de santé publique et, souvent, ils partagent les mêmes préjugés et conceptions erronées sur la VBG en cours dans la société en général. Les programmes de santé sont encore en train d'apprendre comment effectuer une formation efficace dans ce domaine. Toutefois les enseignements suivants peuvent être retirés :

- La formation doit être accompagnée d'un engagement institutionnel plus vaste et d'une amélioration générale de la performance (feed-back, supervision, attentes claires, etc.) pour renforcer la réponse des services de santé à la VBG en tant que question de santé publique et des droits humains.

- Des formations ponctuelles ne suffisent pas en général pour changer les attitudes ou les pratiques des prestataires des soins. Les programmes doivent prodiguer une formation continue répétée et devraient également former le nouveau personnel au recrutement.
- Le choix du formateur est essentiel. Le formateur devrait bien connaître l'épidémiologie de la violence, être capable de présenter du matériel délicat de manière rassurante, être à l'aise dans la culture locale, crédible du point de vue professionnel face aux médecins et fermement engagé à défendre l'équité entre les genres et les droits humains.
- La formation devrait commencer par explorer les propres croyances, préoccupations et expériences personnelles des participants face à la violence en reconnaissant que le personnel lui-même a pu être la victime ou l'auteur d'un acte de violence.
- Tous les membres du personnel doivent être sensibilisés/formés – de la direction au personnel administratif. Une formation spécialisée doit probablement être donnée aux professionnels tels que les médecins et les psychologues.
- Si c'est possible et indiqué, la question de la VBG doit être intégrée à la formation sur d'autres thèmes, tels que le VIH et l'éducation sexuelle.
- La meilleure manière de préparer la prochaine génération des professionnels de la santé consiste probablement à encourager les facultés de médecine, les écoles d'infirmières, d'assistantes sociales et de psychologie à intégrer la VBG à leurs programmes de formation.

4) Soutenir « le dépistage routinier » ou « l'enquête routinière » seulement si les programmes se sont dotés des protections fondamentales pour assurer la sécurité physique et affective des femmes. De nombreuses organisations de soins de santé ont commencé à encourager le personnel à questionner les femmes sur la violence dans le cadre d'un examen de routine – pratique appelée « dépistage routinier » ou « enquête routinière ». Aucun essai clinique aléatoire n'a été fait sur ces enquêtes routinières pour déterminer si les avantages dépassent les risques. Du moment que les programmes de santé peuvent assurer la protection pour la sécurité et le bien-être des femmes, les avantages potentiels d'un dépistage précoce de la violence constituent une raison

suffisamment forte pour laquelle les organisations de santé devraient toujours s'assurer que les prestataires disposent des compétences et du soutien institutionnel pour permettre aux femmes de les informer, sous bien des formes et en toute sécurité de l'acte de violence qu'elles ont subi. **En revanche, il est entendu que les organisations de santé doivent être en mesure d'assurer les précautions fondamentales pour protéger la vie, la santé et le bien-être des femmes, avant de mettre en place l'enquête routinière.**

Avant d'exécuter le dépistage routinier, les programmes de santé doivent vérifier :

- Qu'ils sont en mesure de protéger l'intimité et la confidentialité des femmes.
- Que leurs prestataires des soins de santé disposent des connaissances, attitudes et compétences adéquates.
- Qu'ils ont quelque chose à offrir aux femmes ayant connu la violence, même si c'est seulement une réponse limitée à de l'empathie, des soins médicaux adéquats, des informations sur les droits juridiques et les ressources dans la communauté et un plan de sécurité pour les femmes en danger.

5) Soutenir la participation des organisations des soins de santé à la prévention en général, aux réseaux de référence et aux campagnes de plaidoyer. Le rôle principal des services de santé dans le domaine de la VBG est de prendre en charge des femmes ayant déjà connu la violence, d'atténuer les conséquences négatives et de les aider à trouver des manières d'éviter une violence supplémentaire. Par ailleurs, les programmes de santé devraient également regarder au-delà des murs de leur centre de santé de différentes façons et pour les raisons suivantes :

- Mettre en place des réseaux de référence entre les services sanitaires, sociaux et juridiques dans la communauté pour faciliter l'accès des femmes aux services nécessaires, réduire la duplication des services et identifier les lacunes des services, tant pour les décideurs que les bailleurs des fonds.
- En participant à des campagnes publiques de plaidoyer politique et en prenant part à des groupes de travail et d'autres forums publics, les professionnels et les organisations sanitaires peuvent encourager les décideurs à traiter la VBG comme problème de santé publique.

- En développant des liens et des alliances avec des activités plus générales de prévention de la VBG, par exemple, celles démarrées par d'autres ONG, les organisations de soins de santé peuvent afficher un rôle de soutien plus clair pour les femmes ayant subi la violence.

6) Encourager les programmes de santé à tenir compte de leur viabilité économique avant de démarrer des services sociaux spécialisés pour les victimes (par exemple, conseils, groupes de soutien). Dans les communautés où il n'existe pas de services sociaux ou juridiques adéquats pour les survivantes, les programmes de santé envisagent parfois d'apporter des services spécialisés, par exemple, conseils juridiques, conseils psychologiques, services de plaidoyer pour les victimes et autres services. Certains programmes de santé ont fait état des expériences positives dans ce domaine (par exemple, voir Bott et al., 2004). Toutefois, ces investissements doivent être faits avec précaution en gardant à l'esprit les points suivants :

- Les programmes de santé devraient faire attention à ne pas reproduire des services déjà existants ni à faire concurrence à des organisations mieux équipées. Dans certains cas, il vaut mieux qu'un programme de santé participe au renforcement d'autres organisations sociales ou juridiques dans la communauté, en développant des partenariats, de la formation et en coordonnant des levées des fonds.
- Les programmes de santé devraient essayer d'identifier les services sociaux les plus faisables économiquement, les plus rentables et les plus durables. Par exemple, des services de psychothérapie individuelle et des foyers pour des femmes battues sont des approches très coûteuses rarement faisables ou durables dans des contextes aux ressources limitées et qui peuvent être problématiques pour d'autres raisons sociales ou culturelles. Dans les pays à faibles revenus, certains programmes de santé ont trouvé d'autres options à faibles coûts, tels que des groupes de soutien pour les survivantes au lieu d'une psychothérapie individuelle ou encore des stratégies pour aider les femmes à trouver un refuge auprès de la famille, des amis ou des bénévoles à la place d'abris plus formels.

Le débat continu sur les risques et avantages comparatifs de l'enquête routinière

Certains chercheurs craignent que « l'enquête routinière » fasse plus de mal que de bien dans des contextes où il existe peu de services de référence, où les systèmes juridiques sont faibles et où les attitudes négatives et le manque de formation peuvent empêcher les prestataires d'être empathiques avec les femmes qui ont subi la violence. D'autres avancent que « l'enquête routinière » est essentielle pour vérifier que des soins de santé de haute qualité sont donnés aux femmes et identifier celles exposées au danger de connaître une violence supplémentaire. Même dans les contextes aux ressources limitées où les services de référence ne sont pas disponibles on aide les femmes en les questionnant sur la violence et en y répondant avec empathie, par exemple, en les rassurant et en leur indiquant qu'elles ne sont pas à blâmer, en les sensibilisant davantage aux risques que comporte la violence pour leur santé et celle des enfants et en aidant les femmes et les filles à obtenir de l'aide si la violence s'aggrave. Ainsi, les faits suggèrent que si les programmes de santé prennent les précautions fondamentales pour protéger la sécurité des femmes, voir « l'approche – systèmes », les avantages du dépistage surpassent les risques.

En bref...

Les programmes de prestation des services de santé DEVRAIENT	Les programmes de prestation des services de santé NE DEVRAIENT PAS
Encourager les programmes existants de lutte contre le VIH/SIDA et d'autres programmes de santé reproductive à traiter la VBG dans le cadre de leurs activités.	Ignorer les implications de la VBG surtout dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive, par exemple, dans les services de conseils pour la planification familiale et de CDV pour le VIH.
Soutenir les efforts institutionnels pour traiter la VBG dans le cadre de « l'approche – systèmes » (si l'USAID ne peut pas financer tous les éléments, collaborer avec des organismes du secteur public, des ONG et d'autres groupes traitant activement la VBG et financer des éléments du système).	Soutenir des formations ponctuelles, à moins que celles-ci ne s'inscrivent dans une activité institutionnelle plus générale, pour intégrer le problème de la VBG aux soins de santé des femmes.
Soutenir les efforts à long terme pour sensibiliser et former les professionnels de la santé, notamment en intégrant la VBG au programme des facultés de médecine, des écoles d'infirmières, etc.	Utiliser des formateurs qui n'ont pas l'expérience adéquate ou qui ne sont pas engagés face à la VBG en tant que problème de santé publique et de droits humains.
Veiller à ce que les prestataires reconnaissent et écoutent les expériences des femmes avec empathie et sans porter de jugement.	Permettre aux prestataires et autres personnels du service de santé d'ignorer les femmes ayant connu la violence ou de les blâmer.
Exiger des programmes qu'ils protègent la sécurité, l'intimité et la confidentialité des femmes avant d'adopter des politiques de dépistage routinier.	Soutenir les activités de dépistage de routine alors que les programmes de santé n'ont pas encore pris les mesures fondamentales pour protéger la sécurité des femmes et les aider.
Investir dans la recherche pour se donner une base de données factuelles sur l'efficacité des interventions en santé.	Financer des programmes qui ne tiennent pas compte de la littérature existante sur les meilleures pratiques ou qui n'évaluent pas la sécurité et l'efficacité des efforts.
Soutenir les programmes de santé qui souhaitent dispenser certains types de services sociaux aux survivantes dans des contextes où il n'existe pas d'autres possibilités, du moment qu'ils sont adaptés à l'environnement, qu'ils sont durables et qu'ils ne supplantent pas les services fournis ailleurs dans la communauté.	Encourager les programmes de santé à investir dans les services qui ne sont pas viables économiquement.

Tableau 4. Éléments clés de « l'approche – systèmes » pour une meilleure réponse des services de santé à la violence basée sur le genre

Le tableau suivant est adapté de *Improving the Health Sector Response to Gender-Based Violence: A Resource Manual for Health Care Professionals in Developing Countries* (Bott et al., 2004).

Éléments clés	Pourquoi cet élément est important
<i>Renforcer l'engagement institutionnel à combattre la VBG</i>	L'engagement général d'une institution peut exercer une grande influence sur la culture professionnelle des organisations des soins de santé. Dans l'idéal, la direction devrait reconnaître que la VBG est un problème de santé publique et une violation des droits humains et soutenir les efforts déployés pour améliorer la réponse des services de santé face à la violence. L'environnement de travail doit promouvoir le respect de tous les membres du personnel, y compris les femmes et les subordonnés et faire preuve d'un engagement face à la non-violence grâce à une politique interdisant le harcèlement sexuel dans le milieu de travail.
<i>Collaborer avec d'autres organisations qui combattent activement la VBG</i>	La lutte contre la VBG exige une action multidisciplinaire. Aucune organisation à elle seule ne saurait exécuter ou financer toutes les étapes nécessaires, par conséquent, les institutions doivent collaborer pour évaluer la situation existante et décider quel est le maillon de la chaîne dont chacune peut s'occuper. Cette incapacité à franchir seul toutes les étapes nécessaires doit être le facteur qui pousse à collaborer plutôt qu'à justifier l'inaction.
<i>Renforcer l'aspect intimité et confidentialité pour toutes les femmes qui consultent des services de santé, en améliorant l'infrastructure et se dotant de politiques cliniques</i>	Il est essentiel de respecter la confidentialité et l'intimité pour assurer la sécurité des femmes dans le contexte des soins de santé. Briser la confidentialité sur la grossesse, le statut VIH et d'autres questions risque d'exposer involontairement les femmes et les filles à une violence supplémentaire. De plus, les femmes ont besoin d'intimité et de confidentialité pour communiquer la VBG qu'elles ont subie sans craindre de représailles. Les programmes doivent veiller à ce que les salles de consultations soient isolées, que les procédures cliniques ne requièrent pas des femmes qu'elles partagent des informations personnelles dans des lieux publics comme la réception et que les politiques indiquent clairement quand et où les prestataires peuvent discuter d'informations personnelles sur les clientes.
<i>Améliorer la compréhension des lois locales et nationales et l'application de la loi par les travailleurs de la santé concernant la violence contre les femmes et le secteur de la santé</i>	La direction et les prestataires de services doivent bien connaître les lois sur la VBG : qu'est-ce qui constitue un crime, comment réunir des preuves pour la médecine légale, comment dénoncer la VBG, comment les femmes peuvent obtenir des ordres de protection, qu'est-ce que les femmes doivent savoir si elles souhaitent se séparer d'un époux violent et que doivent faire les prestataires du point de vue juridique, lorsqu'ils constatent un cas d'abus sexuel chez les enfants. Cette connaissance permet aux travailleurs de la santé d'apporter une information exacte aux survivantes et de vérifier que sont réunies les preuves légales (le cas échéant). Cette connaissance apaise également les prestataires qui craignent d'être impliqués dans des poursuites judiciaires.
<i>Améliorer la connaissance, les attitudes et les compétences des prestataires grâce à la sensibilisation et à la formation</i>	Tout le personnel qui s'occupe des femmes doit être préparé à répondre aux divulgations de cas de VBG avec empathie et compétence. En effet, même si les prestataires ne questionnent pas la violence, des femmes peuvent divulguer spontanément de tels actes. Un prestataire qui répond mal peut infliger une grande peine affective ou passer à côté de soins médicaux essentiels. En plus, s'il ignore le risque que les femmes vivent dans la VBG, il ne lui sera pas possible de leur donner les conseils nécessaires sur la contraception, la prévention du VIH, le traitement de problèmes de santé tels que des IST récurrentes. Chaque institution doit décider du niveau de formation qu'elle est en mesure d'apporter. Mais il faudrait au moins que le personnel comprenne l'épidémiologie de la VBG et les besoins des survivantes. Les organisations doivent également apporter une aide affective au personnel qui intervient dans le domaine de la VBG.

Tableau 4. Éléments clés de « l'approche – systèmes » pour une meilleure réponse des services de santé à la violence basée sur le genre

Éléments clés	Pourquoi cet élément est important
<i>Renforcer les réseaux de référence et faciliter l'accès des survivantes aux autres services</i>	Il est souvent difficile pour une seule organisation de répondre à tous les besoins des survivantes et, par conséquent, les programmes de santé doivent déterminer quels sont les services sociaux et juridiques existants, en compilant cette information pour les prestataires de la santé puis en créant des réseaux de référence pour faciliter leur accès aux survivantes. Les organisations devraient également envisager de mettre sur pied des services internes, notamment des interventions à faibles coûts tels que les groupes de soutien pour les femmes et les filles, interventions que les survivantes jugent importantes. Les réseaux et les alliances permettent également au secteur de la santé de jouer un rôle dans le débat plus général en sensibilisant à la violence contre les femmes comme problème de santé publique.
<i>Formuler ou améliorer des politiques et protocoles institutionnels écrits pour prendre en charge les femmes ayant subi la violence</i>	Les programmes de santé doivent se donner des protocoles écrits pour le personnel, précisant les questions à poser sur la violence, les soins à donner aux femmes et aux filles qui divulguent un acte de violence puis assurer les références des femmes et filles vers des services spécialisés (voir, par exemple, Warshaw et Ganley, 1998 ; Bott et al., 2004). Des politiques écrites et claires réduisent le risque que posent les attitudes négatives du personnel pour les patientes, surtout si ces politiques sont formulées avec la participation des prestataires de première ligne et de la direction. Il existe déjà de nombreux prototypes mais ces politiques sont surtout efficaces si elles sont adaptées au contexte particulier de chaque institution.
<i>Veiller à la prestation / distribution de services / produits d'urgence</i>	Les femmes soumises à la violence ont probablement besoin de services et de produits d'urgence, par exemple, premiers secours, prophylaxie des IST (dans certains contextes, prophylaxie du VIH), examens de médecine légale, contraception d'urgence (lorsque soutenue par le gouvernement), etc. Les programmes de santé doivent disposer des fournitures nécessaires et former le personnel pour qu'il sache les utiliser.
<i>Vérifier/améliorer le matériel éducatif disponible pour les clientes sur les thèmes se rapportant à la VBG</i>	L'affichage et la distribution de pancartes, de brochures et/ou de cartes sur la VBG, est une manière importante d'indiquer l'engagement de l'organisation dans la lutte contre la violence, d'accroître la sensibilisation face à ce problème, d'éduquer les clientes et d'informer les femmes sur leurs droits juridiques et les lieux où elles peuvent s'adresser pour obtenir de l'aide.
<i>Renforcer les dossiers médicaux et les systèmes d'information pour permettre au personnel de documenter et de suivre les cas de VBG</i>	Les systèmes d'information jouent un rôle important dans la réponse face à la VBG. En effet, il faut documenter l'information sur la violence dans des dossiers médicaux pour vérifier que les dossiers des femmes sont complets et, dans certains cas, pour apporter des preuves en vue de futures poursuites juridiques. En revanche, pour protéger la sécurité des femmes, il faut garder ces dossiers sous protection. Les systèmes d'information sont également importants pour suivre le travail d'une organisation de santé dans le domaine de la VBG. Les organisations de soins de santé peuvent réunir des statistiques de services sur le nombre de femmes identifiées comme victimes de violence afin d'évaluer la demande de services.
<i>Veiller au suivi et à l'évaluation adéquate de la VBG</i>	Il est capital de suivre et d'évaluer la qualité des soins pour vérifier que les services de santé répondent adéquatement à la violence. Au niveau de la direction, les administrateurs devront recevoir un feedback continu du personnel soignant pour détecter les problèmes et trouver les bonnes manières d'améliorer les services. La participation et les opinions des femmes ayant subi un acte de violence sont également d'importance vitale pour parfaire la structure des services de santé. Les programmes devront également chercher à documenter les conséquences imprévues.

Programmes des politiques sanitaires

Raisons POUR LESQUELLES les programmes des politiques sanitaires devraient traiter de la violence basée sur le genre

Le secteur de la santé dispose d'un énorme potentiel pour influencer les lois et les politiques relatives à la VBG. En effet, les décideurs et autres parties de la population risquent de ne pas être convaincus par des arguments présentés par les défenseurs des droits de la femme, en revanche, ils seront bien plus motivés pour changer les codes du droit criminel et juridique si les professionnels de la santé peuvent démontrer que la VBG est une grave cause de morbidité et de mortalité chez les femmes (et chez les enfants). Par ailleurs, de nombreuses lois et politiques influencent directement ou indirectement la capacité des professionnels de la santé à traiter la VBG dans leur travail quotidien. Trop souvent, de telles lois et politiques sont mal conçues ou mal appliquées et la participation du secteur de la santé devient donc vitale dans la formulation des politiques publiques plus efficaces.

COMMENT les programmes des politiques sanitaires peuvent traiter la violence basée sur le genre

Dans des nombreuses parties du monde, il est urgent de réformer et de renforcer le droit criminel. Les droits juridiques de la femme sont garantis par les codes de droit civil et les procédures judiciaires et policières se rapportant à la VBG (voir Bott et al., 2005). Ces réformes juridiques et politiques ont des implications à divers niveaux sur la santé et la sécurité des femmes. Toutefois, compte tenu de l'importance qu'accorde le présent document à la santé, la section ci-dessous met en exergue des domaines des réformes juridiques et politiques qui sont davantage pertinents pour le secteur de la santé.

Raisons sélectionnées pour lesquelles les programmes des politiques sanitaires devraient traiter la violence basée sur le genre

- Les politiques/protocoles opérationnels du secteur de la santé aident à standardiser des interventions adéquates contre la VBG au niveau institutionnel.
- La participation du secteur de la santé au discours politique est essentielle pour formuler des politiques et des approches sensibles et mobiliser les ressources soutenant la réponse du secteur de la santé face à la VBG.
- Le secteur de la santé a la capacité de reformuler le débat politique autour de la VBG, comme question hautement prioritaire de santé publique et des droits humains, pas seulement comme pratique sociale.
- Les organisations des politiques sanitaires peuvent utiliser la recherche épidémiologique sur l'ampleur des conséquences de la VBG afin de convaincre les décideurs de prendre des mesures contre la VBG.
- Les secteurs de la justice et de la santé doivent collaborer pour mettre sur pied une réponse complète en termes de services, pour les survivantes de VBG.
- Des codes de droit civil biaisés et l'incapacité d'exercer les droits civiques peuvent priver les femmes des outils juridiques nécessaires pour protéger leur santé et sécurité ainsi que celles de leurs enfants.
- Des lois criminelles faibles ou peu appliquées perpétuent la VBG car les agresseurs ne sont pas poursuivis, avec toutes les conséquences graves que cela comporte pour la santé des femmes.

1) **Soutenir la recherche et la diffusion des résultats de la recherche en matière de VBG.** Une meilleure connaissance de l'ampleur, des modes et des conséquences de la VBG ainsi que des interventions prometteuses dans ce domaine permettent de convaincre les décideurs que la violence contre les femmes est un grave problème de santé publique dans leur communauté. Dans bien des contextes, une recherche supplémentaire s'avère nécessaire et dans d'autres, s'il existe bien une base de données factuelles, elle n'est pas toujours suffisamment partagée avec des décideurs. Les thèmes prioritaires de cette recherche ou d'analyse des données comprennent :

- La prévalence et les modèles de différents types de violence contre les femmes
- Les conséquences de la VBG et les comportements de recherche d'aide des femmes et des filles ayant subi la VBG
- Des analyses situationnelles documentant les faiblesses et les forces des politiques publiques existantes
- L'évaluation des interventions prometteuses et des politiques et programmes publics nouvellement adoptés.

Exemples de questions des politiques publiques se rapportant (directement ou indirectement) à la violence basée sur le genre

- Promouvoir des politiques institutionnelles qui stipulent des soins de qualité pour les survivantes dans les organismes publics.
- Vérifier la disponibilité d'un financement public suffisant pour les politiques et les programmes.
- Formuler des politiques et des plans nationaux pour promouvoir une réponse complète en termes de services face à la VBG.
- Inclure une réponse à la VBG dans les politiques et les lois relatives à la santé reproductive, au VIH et à la santé maternelle et infantile.
- Éclaircir les obligations légales des prestataires de soins de santé, y compris les lois qui stipulent qui peut fournir PPE et PCU et qui peut recueillir les informations médico-légales.
- Améliorer le système médico-légal.
- Veiller à l'application des sanctions criminelles pour les auteurs de violence contre les femmes et les filles.
- Renforcer les droits civiques des femmes au sein du mariage.

2) **Soutenir les groupes publics et privés qui conçoivent et mettent en œuvre des approches des politiques publiques liées à la VBG.** Dans des nombreux pays (par exemple, Costa Rica, Afrique du Sud et États-Unis), des groupes multisectoriels ont réussi à formuler une meilleure législation liée à la VBG, mettre en place des politiques gouvernementales plus sensibles et plus complètes, encourager l'application des lois existantes et convaincre le gouvernement de consacrer des fonds publics à la mise en œuvre des politiques existantes. Pour que ces groupes fonctionnent le mieux possible, ils doivent comprendre

des ministères publics, des organismes des services, des dirigeants communautaires, des agents des forces de l'ordre et des survivantes elles-mêmes.

3) **Soutenir les efforts pour éduquer les groupes clés et la population générale sur la VBG comme problème de santé publique.** Les professionnels de la santé occupent une place stratégique leur permettant d'éduquer les secteurs de la société responsables de l'application et du renforcement des lois et politiques, dont la police, les juges, les parlementaires, les administrateurs de la santé publique et d'autres personnes car ils peuvent présenter la VBG comme problème de santé publique. De plus, les organisations sanitaires peuvent encourager une meilleure compréhension de la loi parmi leurs clients et la communauté en général. Il existe des stratégies prometteuses à cet effet, notamment les ateliers de formation pour les agents d'application de la loi (police, juges et organismes médiateurs traditionnels), les conférences pour les parlementaires, les brochures et affiches pour leurs clients ainsi que les campagnes de médias de masse (radio, télévision) pour la population entière.

4) **Soutenir le plaidoyer pour changer les lois et politiques spécifiques.** Il s'agit notamment de soutenir les groupes de la société civile qui travaillent avec des décideurs, pour améliorer les lois et les politiques relatives à la VBG. Des campagnes communautaires revendiquant tels ou tels changements dans les lois et politiques font partie des diverses activités de plaidoyer pouvant être réalisées. Par ailleurs, des organisations non gouvernementales peuvent étudier et indiquer le statut des lois et des politiques et suivre dans quelle mesure les gouvernements signataires se sont conformés aux accords internationaux sur les droits humains qu'ils ont signés.

5) **Soutenir les efforts pour réformer et renforcer les politiques institutionnelles des organismes publics.** Les politiques internes des institutions financées publiquement peuvent avoir un impact positif ou négatif sur l'expérience des survivantes de VBG qui cherchent de l'aide auprès des services de santé, des forces de l'ordre ou d'autres institutions. Ainsi, le renforcement des politiques institutionnelles représente une autre manière de combattre la VBG. Par exemple,

- *Dans les services de santé financés à l'échelle publique :* Protocoles qui stipulent et aident à mettre en œuvre une réponse adéquate en termes de services face à la VBG.

- *Dans les institutions d'application de la loi* : Exiger une politique qui aide les survivantes à avoir accès aux examens de médecine légale.
- *Dans les systèmes d'éducation* : Exiger des enseignants et des administrateurs de déclarer aux autorités la violence physique et sexuelle contre les femmes.

En bref...

Les programmes des politiques sanitaires DEVRAIENT	Les programmes des politiques sanitaires NE DEVRAIENT PAS
Soutenir la recherche et encourager une diffusion efficace des résultats pour convaincre les décideurs de combattre la VBG.	Sous-estimer le potentiel pour le secteur de la santé de changer des croyances traditionnelles qui tolèrent la VBG.
Soutenir les coalitions publiques/privées pour qu'elles développent une réponse complète en termes de services, face à la VBG.	Exclure les survivantes et d'autres groupes communautaires des activités des politiques publiques et des initiatives de plaidoyer.
Revendiquer des changements dans le code du droit criminel et civil pour soutenir une meilleure santé publique.	Reproduire des politiques qui ont eu des effets nuisibles ailleurs, par exemple, exiger des travailleurs de la santé qu'ils déclarent les cas de VBG contre les femmes adultes.
Éduquer les groupes clés et la population générale sur la VBG comme problème de santé publique.	Exclure la participation des professionnels de la santé de la reformulation de la violence contre les femmes comme un problème grave et très répandu de santé.
Utiliser des stratégies de plaidoyer pour vérifier que tous les changements dans les politiques et programmes du gouvernement sont soutenus par un financement suffisant.	Sous-financer les nouvelles lois et politiques.
Recommander l'amélioration des politiques institutionnelles d'organismes financés publiquement, notamment la police, la justice et les ministères de la santé.	Ignorer l'importance de « l'approche – systèmes » pour réussir une réforme institutionnelle quelle qu'elle soit. Modifier les politiques écrites d'une institution publique ne produira aucun changement si ce n'est pas sous-tendu par des efforts plus généraux de mise en œuvre de la réforme dans diverses institutions.

Programmes pour les jeunes

Raisons POUR LESQUELLES les programmes pour les jeunes devraient traiter la violence basée sur le genre

Presque partout dans le monde, de grandes proportions des filles et de jeunes femmes subissent des actes de violence physique et sexuelle (Krug et al., 2002). Des enquêtes menées auprès d'adolescentes sexuellement actives dans des pays du monde entier montrent des taux des premières relations sexuelles forcées, allant de 7 % en Nouvelle Zélande à 46 % dans les Caraïbes (Heise et Garcia-Moreno, 2002) et ces taux sous-estiment probablement la réalité. La violence physique de la part d'un partenaire intime commence souvent dans les premières années de fréquentation et du mariage et ce sont les jeunes femmes mariées qui sont particulièrement vulnérables dans certains contextes. La violence et l'abus ont de graves conséquences pour la santé et le développement des filles et des jeunes femmes. Souvent, la coercition et l'abus sexuel sont liés à une grossesse non planifiée, une grossesse précoce, un avortement, à la toxicomanie, la dépression, au suicide et à la transmission des IST/VIH. Malheureusement, les réponses de la famille, des écoles, des prestataires des soins de santé, des forces de l'ordre et des services sociaux sont faibles, voire inexistantes.

Un grand nombre de programmes de santé reproductive pour les jeunes – surtout ceux qui visent à prévenir la grossesse non planifiée et la transmission du VIH – encouragent souvent une prise de décision « responsable » sans reconnaître le profond impact de la violence et de la coercition sur les comportements sexuels et reproducteurs. Cette situation doit changer si l'on veut améliorer l'efficacité de ces programmes.

De plus, l'adolescence est un moment où se développent encore les attitudes et les croyances et il semble plus facile de changer les normes et les attitudes sur l'équité des genres et la non-violence parmi les jeunes que chez les femmes et les hommes plus âgés. Ainsi, la jeunesse représente une occasion idéale pour prévenir la VBG.

Raisons sélectionnées pour lesquelles les programmes des jeunes devraient traiter la violence basée sur le genre

- De grandes proportions de filles et de jeunes femmes connaissent des premières relations sexuelles forcées, un abus sexuel dans l'enfance et d'autres formes de violence sexuelle dans pratiquement chaque partie du monde.
- La violence physique de la part d'un partenaire intime commence souvent dans les premières années de fréquentation et du mariage.
- L'abus sexuel, pendant l'enfance et l'adolescence, est souvent lié à toute une série de répercussions pour la santé, y compris une grossesse non planifiée, l'avortement, la dépression et la transmission des IST/VIH.
- Les survivantes d'abus sexuel courent un risque plus élevé de toxicomanie, d'avoir des partenaires sexuels multiples et sont incapables de négocier l'utilisation d'un moyen de contraception.
- Les programmes de santé reproductive destinés aux jeunes ne peuvent pas prendre pour acquis que l'activité sexuelle est toujours volontaire ou consensuelle.
- Le fait d'ignorer la VBG met en danger l'efficacité des interventions, par exemple, la prévention des grossesses non planifiées et des IST/VIH.
- La jeunesse représente le moment idéal pour la prévention de la VBG car les attitudes et les croyances sur les normes liées au genre et à la violence sont encore en train de se former.
- Il est urgent d'améliorer la réponse institutionnelle aux filles et aux jeunes femmes ayant subi la violence, surtout sexuelle.

Source : Krug et al., 2002.

COMMENT les programmes pour les jeunes peuvent traiter la violence basée sur le genre

1) Exiger des programmes de santé reproductive pour les jeunes de traiter du problème de la coercition et l'abus sexuel. Les programmes de santé reproductive pour les jeunes ne peuvent pas prendre pour acquis que l'activité sexuelle est toujours volontaire ou libre de toute coercition. Il ne suffit pas seulement de fournir des informations, d'encourager la prise de décision

« responsable » ou l'abstinence, compte tenu de la prévalence et des modèles de violence sexuelle chez les jeunes. Les programmes de santé sexuelle et reproductive doivent traiter des normes équitables entre genres, des déséquilibres de pouvoir dans les relations, de non-violence et des capacités de négociation aussi bien chez les filles que les garçons. Les programmes doivent notamment faire attention au pouvoir limité des filles dans des relations sexuelles transgénérationnelles ainsi qu'aux conditions qui les poussent vers une activité sexuelle commerciale.

2) Soutenir les activités qui améliorent les contextes de la famille, des pairs et de la communauté. Il est essentiel de travailler non seulement avec les jeunes mais également avec les familles, les écoles, les organismes des soins de santé, les organisations confessionnelles et d'autres institutions, à la fois pour prévenir la VBG chez les jeunes et améliorer la réponse communautaire pour les survivantes, une fois que la violence survient de même que pour améliorer l'environnement général dans lequel vivent les jeunes. Il est d'importance critique d'éduquer la communauté dans son ensemble pour réduire la tolérance face à la violence et au harcèlement sexuel. Dans ce contexte, il est important de faire tous les efforts possibles pour atteindre les jeunes déscolarisés.

3) Soutenir les efforts pour promouvoir des normes équitables entre genres et la non-violence chez les jeunes hommes. La VBG est un comportement acquis et, par conséquent, le ciblage des garçons et des hommes jeunes présente l'occasion d'influencer les attitudes et les comportements des hommes, avant qu'ils ne deviennent plus ancrés. Une stratégie prometteuse à cet égard consiste à mettre en avant des modèles des comportements et des relations qui font ressortir les avantages positifs de l'équité entre genres, aussi bien pour les hommes que pour les femmes. Il est également important de soutenir des recherches concrètes pour déterminer a) comment cibler le mieux les jeunes garçons et leur transmettre des messages sur l'équité entre les genres et la non-violence et ; b) comment éviter que les jeunes hommes à risque (par exemple, les témoins ou les victimes de violence dans l'enfance), ne deviennent eux-mêmes des agresseurs.

4) Soutenir les efforts pour autonomiser les filles, en renforçant leur estime de soi, leurs capacités de négociation, leurs opportunités économiques et d'autres compétences. Les programmes qui autonomisent les

filles en renforçant leur estime de soi et en développant leurs capacités de négociation et d'autres compétences permettent de prévenir la VBG et donner aux jeunes femmes des ressources dont elles ont besoin pour chercher de l'aide, si la violence survient, le cas échéant. Ces programmes prennent souvent la forme de plans d'acquisition « d'aptitudes utiles dans la vie », d'éducation sexuelle avec apprentissage des capacités de négociation ou des programmes visant à améliorer les compétences et les possibilités de générer des revenus.

5) Soutenir les efforts pour améliorer la réponse institutionnelle aux jeunes survivantes de VBG. Des efforts doivent être faits pour améliorer la réponse des prestataires des soins de santé, des forces de l'ordre, des écoles et des services sociaux, face aux filles et aux jeunes femmes qui ont connu un acte de violence. Si une réponse institutionnelle insuffisante est souvent un grave problème pour les survivantes adultes également, les programmes qui s'adressent aux jeunes doivent toutefois traiter la situation unique de ce groupe d'âge, notamment aux plans suivants : a) malaise que peuvent éprouver les prestataires de service face à la sexualité des adolescentes ; b) dépendance économique et affective face aux parents et aux beaux-parents qui ne soutiennent pas toujours les besoins des adolescents et c) barrières financières aux soins.

6) Soutenir les efforts pour augmenter la sécurité des filles et des jeunes femmes dans les contextes d'éducation. Il est urgent de traiter le problème de la violence sexuelle dans les écoles et les universités, notamment :

- Politiques et mécanismes de respect de la loi pour interdire le harcèlement et l'abus sexuel des élèves, notamment tolérance zéro à l'égard du personnel auteur de tels actes
- Efforts pour éduquer le personnel des écoles (du corps enseignant aux administrateurs) face au genre et à la violence
- Changements dans les programmes de formation, afin d'inclure la question de l'équité entre genres et la VBG et
- Autres mesures pour augmenter la sécurité des filles et des jeunes femmes, que ce soit à l'école ou sur le chemin pour s'y rendre et en revenir.

En bref...

Les programmes pour les jeunes DEVRAIENT	Les programmes pour les jeunes NE DEVRAIENT PAS
Exiger des programmes de santé reproductive destinés aux jeunes de traiter la VBG, notamment la violence sexuelle.	Concevoir des programmes pour les jeunes en partant de l'hypothèse que le comportement sexuel est volontaire, même au sein du mariage.
Travailler avec les familles, les pairs et des organisations communautaires pour améliorer les attitudes communautaires face à la violence.	Sous-estimer l'importance des pairs et des adultes dans la vie des jeunes.
Travailler avec des filles, des jeunes femmes et des hommes jeunes pour influencer les attitudes et les normes à propos du genre et de la non-violence.	Passer uniquement des messages négatifs sur les jeunes hommes ; il vaut mieux insister à la place sur les avantages positifs de l'équité entre genres, pour les hommes et les femmes.
Autonomiser les filles en renforçant l'estime de soi, les capacités de négociation et les opportunités économiques et encourager des structures institutionnelles à soutenir les filles.	Travailler exclusivement avec les filles car il est tout aussi important d'influencer les attitudes des garçons, des hommes et des femmes plus âgées.
Améliorer la réponse institutionnelle à la VBG en tenant compte de la situation particulière des jeunes (par exemple, dépendance sociale et économique).	Partir du principe que les prestataires des services feront preuve d'empathie pour les jeunes survivantes de VBG, sans formation portant sur les besoins particuliers des jeunes.
Soutenir les efforts pour diminuer la violence et le harcèlement sexuels dans les écoles et les universités.	Ignorer le respect des politiques interdisant le harcèlement sexuel, même si cela signifie prendre des actions contre les administrateurs et les enseignants qui ont pu être les auteurs d'une telle violence.

Programmes humanitaires

Raisons POUR LESQUELLES les programmes humanitaires devraient traiter la violence basée sur le genre

Les conflits armés et les catastrophes naturelles (par exemple, les ouragans et les tsunamis) augmentent le risque de violence physique et sexuelle contre les femmes et les filles, compte tenu de l'effondrement des structures légales et sociales qui agissent normalement comme facteur de protection pour les filles et les femmes et augmentent le stress et les troubles sociaux (par exemple, voir Enarson, 1998). Depuis toujours, les conflits armés entraînent dans leurs sillons, des actes de violence sexuelle, dont le viol, l'exploitation et l'abus sexuels. Cette violence a souvent été utilisée comme arme de guerre, dans des contextes comme l'ancienne Yougoslavie, au Rwanda et en Tchétchénie (*Human Rights Watch*, 2004 ; IRC, 2004). De plus, l'exploitation et l'abus sexuels dans le contexte des urgences humanitaires (parfois de la part même des agents, des secours humanitaires eux-mêmes et des forces de maintien de la paix) deviennent un problème de plus en plus grave.

Les conséquences de la violence contre les filles et les femmes dans des situations de conflits et des catastrophes sont graves et peuvent mettre leur vie en danger, qu'il s'agisse de traumatismes physiques et affectifs, de grossesses non planifiées, de fistules gynécologiques traumatiques et d'infections sexuellement transmissibles dont le VIH. Ainsi, l'accès aux services médicaux, psychosociaux et juridiques d'urgence, constitue une priorité en sus des formes plus traditionnelles d'assistance humanitaire comme les abris et la nourriture. Par ailleurs, les survivantes de violence sexuelle, dans des conflits armés, sont parfois rejetées par les autres et cette stigmatisation les empêche de revenir dans leur famille et dans leur communauté – problèmes pour lesquels les programmes humanitaires devraient intervenir. Les organisations humanitaires ont également le devoir de réduire la vulnérabilité des

Raisons sélectionnées pour lesquelles les programmes humanitaires devraient traiter de la violence basée sur le genre

- Dans la plupart des conflits armés, un grand nombre de femmes et de filles vivent des actes de violence sexuelle.
- Les niveaux de violence physique et sexuelle contre les femmes sont élevés pendant et après un conflit armé ou une catastrophe naturelle car ces événements provoquent des déplacements de communautés et causent l'effondrement des structures sociales et juridiques traditionnelles.
- Les femmes et les filles sont parmi les groupes les plus vulnérables dans des conflits et des contextes des catastrophes naturelles et, par conséquent, la communauté humanitaire a l'obligation de répondre suffisamment aux besoins urgents des survivantes, en leur offrant les services médicaux, psychosociaux et légaux nécessaires.
- Les programmes humanitaires peuvent réduire la vulnérabilité des filles et des femmes face à la VBG en accordant la priorité à leur sécurité et en investissant dans des mesures de prévention et de réponse face à la VBG.
- Les efforts de reconstruction doivent réduire la stigmatisation qui entoure les survivantes de violence sexuelle, veiller à ce qu'elles puissent réintégrer leur communauté et assurer la pleine participation des femmes et des filles au développement des programmes dans la phase de reconstruction.
- Les femmes et les filles continuent à être exposées au risque de subir une VBG, par exemple, la violence exercée par les partenaires intimes, dans la phase de reconstruction. C'est pourquoi des stratégies de prévention s'avèrent nécessaires à plus long terme.

filles et des femmes à la VBG, en donnant la priorité à leur sécurité physique, à l'étape de secours d'urgence puis en tenant compte de la prévention de la VBG dans la planification de l'urgence extrême ainsi que dans les efforts de reconstruction à long terme.

COMMENT les programmes humanitaires peuvent aborder la violence basée sur le genre

1) **Veiller à ce que les organisations humanitaires se conforment aux directives internationales concernant la VBG.** Les organisations devraient connaître et adhérer aux directives et codes de conduite internationaux, décrits dans les documents clés du Secrétariat général et du Comité permanent inter organisations des Nations Unies (Nations Unies, 2003 ; IASC, 2005).

2) **Soutenir les activités humanitaires qui mettent en place l'enveloppe initiale des services minimaux (*Minimum Initial Service Package* – MISP en anglais) dès le début de chaque crise humanitaire.** MISP est une série d'actions reconnues à l'échelle internationale, visant à répondre aux besoins des populations, sur le plan de la santé reproductive, touchées par un conflit ou une catastrophe naturelle, à la phase d'urgence. L'enveloppe comporte des activités visant à prévenir et à répondre aux conséquences de la violence sexuelle (RHRC, 2004), en veillant, notamment, à ce qu'il existe une réponse médicale adéquate pour les survivantes de violence sexuelle et pour suivre le nombre des cas notifiés aux services sanitaires, aux responsables de la sécurité, etc. Une formation doit être donnée au personnel clé portant sur la prise en charge clinique des victimes de viol. Un protocole fondamental doit être formulé et des traitements adéquats doivent être dispensés, en incluant notamment la contraception d'urgence en cas de viol (lorsque celle-ci est autorisée par le gouvernement) ; ainsi qu'une prophylaxie post exposition au VIH. L'enveloppe MISP comprend également un cadre de planification pour la prestation des soins complets de santé reproductive dans des situations humanitaires. Compte tenu des liens étroits entre les conséquences néfastes pour la santé reproductive et la VBG, il est essentiel que les survivantes de tous types de VBG aient accès à ces services.

3) **Veiller à ce que les organisations humanitaires collaborent pour combler les lacunes dans la lutte contre la VBG.** Dès les débuts d'une intervention humanitaire, tous les secteurs et toutes les organisations devraient collaborer pour éviter des lacunes dans le combat contre la VBG. Cette coordination est importante pour des organisations luttant contre la VBG dans n'importe quel contexte mais elle devient indispensable dans des situations de conflit ou de catastrophe naturelle. Même

lorsqu'une organisation ne peut intervenir que dans un domaine donné – par exemple, la santé – elle doit s'engager et coordonner avec d'autres secteurs.

4) **Veiller à ce que tous les programmes d'assistance humanitaires traitent de la VBG.** Les bailleurs de fonds et les organisations humanitaires doivent s'attaquer à la VBG dans tous les aspects de leur travail. Les programmes devraient intervenir aux plans suivants : a) mesures pour protéger la sécurité et les droits des femmes, b) mesures pour dénoncer les violations des droits des femmes, c) services pour répondre aux besoins des filles et des femmes ayant subi la VBG (IRC, 2004). Les programmes doivent adopter une approche qui traite au moins un des niveaux mentionnés ci-dessus du programme contre la VBG, d'une manière convenant au contexte donné. Un grand nombre des organisations de prestation des services ne disposent pas d'une vaste expérience dans le domaine de la VBG et, par conséquent, il faut que les organisations humanitaires s'assurent qu'elles disposent d'un personnel pouvant apporter une formation en matière de VBG.

5) **Veiller à ce que les organismes humanitaires accordent la priorité à la sécurité des filles et des femmes.** Ces dernières années, on a appris beaucoup sur les mesures à prendre pour améliorer la sécurité des filles et des femmes dans des contextes d'aide humanitaire. Notamment les mesures suivantes : a) toutes les distributions (nourriture et autres nécessités) doivent être organisées avec la participation active des femmes dans la communauté pour éviter que les hommes n'utilisent un contrôle exclusif des ressources pour exercer une pression sexuelle sur les femmes et les filles, b) les camps de réfugiés doivent être structurés avec la participation active des femmes et disposés de sorte à protéger la sécurité physique des femmes (par exemple, en vérifiant un bon éclairage, en mettant les latrines dans des endroits sûrs, en vérifiant que l'accès à l'eau et au bois destiné au feu ne soit pas isolé ni trop éloigné). Ces expériences doivent être prises en compte lorsque l'on conçoit des camps et des mécanismes d'assistance. Pour cela, il faut sensibiliser et solliciter tous les secteurs, tels que celui de l'eau et de l'assainissement, la direction du camp, etc. Par ailleurs, les programmes doivent s'appuyer sur des structures traditionnelles et des systèmes culturels servant à protéger les femmes et à soutenir ceux qui dénoncent la violence.

6) **Intégrer la réponse sanitaire à la VBG à tous les soins de santé primaires et aux services liés au VIH/SIDA.** Étant donné les niveaux de VBG dans les situations de

conflits et de catastrophes naturelles, les services de santé qui existent doivent être suffisamment préparés pour répondre aux besoins des survivantes. Une formation s'avère donc nécessaire pour la prise en charge clinique des cas de viol, des protocoles doivent être formulés pour guider les soins aux survivantes (notamment prophylaxie post exposition et contraception d'urgence lorsqu'elle est autorisée par le gouvernement), une protection doit assurer l'intimité et la confidentialité ainsi que d'autres mesures décrites plus haut dans la section de ce document portant sur les services de santé.

7) **Soutenir des activités novatrices pour effectuer des essais pilotes et évaluer les activités de lutte contre la VBG.** On sait peu de choses sur les meilleures réponses face à la VBG suite à des catastrophes naturelles et beaucoup reste à apprendre quant à la meilleure manière de combattre la VBG dans les zones touchées par des conflits. Ainsi, il devient important de financer et d'évaluer de nouvelles approches. À cet effet, une ONG appelée « *Puntos de Encuentro* » a fait preuve de créativité dans sa réponse à la VBG grandissante au Nicaragua après l'ouragan Mitch. En effet, elle a organisé une campagne d'information en utilisant de multiples

canaux médiatiques, pour transmettre un seul message : « La violence contre les femmes est une catastrophe que les hommes peuvent prévenir ».

8) **Soutenir des programmes qui changent et s'adaptent pendant que la situation se stabilise.** Dans la phase d'urgence de catastrophe provoquée par l'homme ou la nature, les activités doivent d'abord permettre de réagir à la situation. Toutefois, une fois qu'elle se stabilise et que la reconstruction commence, les programmes humanitaires doivent adapter leur travail et insister davantage sur la prévention et le renforcement des capacités locales.

9) **Soutenir une évaluation et un suivi rigoureux des activités de VBG dans des contextes humanitaires.** Si le manque d'évaluation se fait ressentir dans la plupart des programmes liés à la VBG, il est pourtant encore plus prononcé dans le cadre des programmes implantés dans des contextes humanitaires. Il faut de meilleures collectes des données avec des évaluations initiales complètes, dès le début des programmes humanitaires ; des méthodes des comptes rendus standardisés entre les secteurs (santé, psychosocial, police) ; des méthodes de partage et d'analyse des données.

Rôles choisis des différents secteurs dans la prévention et la réponse à la violence basée sur le genre dans les contextes humanitaires

Le **secteur de la santé** devrait être en mesure de :

- Réaliser des examens médicaux et dispenser un traitement d'urgence, avec empathie, aux survivantes de VBG avec notamment, la prophylaxie post exposition et la contraception d'urgence si c'est indiqué et autorisé par le gouvernement, pour les survivantes de violence sexuelle.
- Faciliter l'accès des filles et des femmes aux autres sites de la communauté, par le biais de références.
- Réunir les preuves de médecine légale (veiller à la sécurité des femmes) lorsqu'il faut un témoignage.
- Sensibiliser davantage la communauté aux conséquences de la VBG sur la santé.

Les **services sociaux** devraient être en mesure de :

- Apporter un soutien affectif, en utilisant des mécanismes durables et adaptés à la culture.
- Garantir la sécurité des filles et des femmes et offrir aux survivantes un refuge sûr lorsque c'est possible.
- Offrir des possibilités d'acquisition des compétences et des méthodes pour générer des revenus pour les femmes et les filles (et veiller à ce que les hommes n'aient pas le contrôle sur les ressources qu'elles obtiennent).
- Dispenser une éducation communautaire portant sur la prévention de la VBG et la disponibilité des services, en ciblant les principales parties concernées.

Le **secteur juridique** devrait être en mesure de :

- Offrir une assistance juridique gratuite ou à faible coût aux survivantes et se faire connaître.
- Former les agents des forces de l'ordre, notamment les équipes de maintien de la paix et les membres de la justice.
- Revendiquer la révision de lois et politiques qui renforcent la discrimination à l'égard des femmes et la VBG.
- Sensibiliser davantage à la législation existante.

Rôles choisis des différents secteurs dans la prévention et la réponse à la violence basée sur le genre dans les contextes humanitaires

Le **secteur de la sécurité** devrait être en mesure de :

- Mettre en place une politique de tolérance zéro pour la police, les militaires et le personnel des forces de maintien de la paix, auteurs des actes de violence.
- Veiller à ce que les camps de réfugiés soient conçus de sorte à garantir la sécurité physique des occupants, surtout des filles et des femmes.
- Mettre en place ou renforcer les capacités de respect de la loi pour aider les survivantes de VBG sans qu'elles ne soient soumises à d'autres actes de violence.
- Assurer l'éducation et l'encadrement de la communauté.

Source : adapté de Ward, 2002.

En bref...

Les programmes humanitaires DEVRAIENT	Les programmes humanitaires NE DEVRAIENT PAS
Encourager l'utilisation des directives clés et le respect des normes établies, pour la prévention et la réponse face à la VBG dans des contextes d'urgence humanitaire.	Retarder l'adhésion aux normes internationales ou « réinventer la roue » en essayant de se donner leurs propres normes.
Encourager l'action coordonnée entre les organismes humanitaires dans le domaine de la VBG.	Laisser s'installer des lacunes dans les services dans les contextes humanitaires.
Veiller à ce que toute l'assistance humanitaire traite des implications de la VBG, notamment en ce qui concerne la sécurité des filles et des femmes.	Ignorer la sécurité des filles et des femmes dans les situations d'urgence. Par exemple, ne pas réunir de preuves de médecine légale si cela met les femmes en danger.
Intégrer une meilleure réponse à la VBG dans les soins de santé primaires et les services liés au VIH.	Ignorer l'importance de la mise en œuvre de : « l'enveloppe initiale de services minimaux » y compris les services pour les survivantes de violence sexuelle.
Veiller à ce que les organismes humanitaires adaptent leur travail pendant que les situations d'urgence se stabilisent et les phases de reconstruction démarrent.	Sous-estimer la nécessité de disposer d'un financement à long terme pour les activités de VBG, dans la phase de reconstruction.
Aider avant tout les survivantes de violence sexuelle à surmonter la stigmatisation et à revenir, quand c'est possible, dans leur famille et communauté.	Négliger les besoins des conseils pour les militaires qui reviennent, et qui ont été exposés à des niveaux élevés de violence et de conflit, alors qu'ils doivent à nouveau s'ajuster dans leur communauté.
Veiller à ce que tout le personnel soit formé et respecte un code de conduite.	Ignorer le besoin des responsables de programmes humanitaires de mettre en place une politique de tolérance zéro concernant des actes de violence commis par le personnel.

Suivi et évaluation

Raisons POUR LESQUELLES les programmes financés par l'USAID devraient investir dans le suivi et l'évaluation des interventions contre la violence basée sur le genre

Ces 20 dernières années, ce sont les bailleurs des fonds qui ont financé un nombre important et croissant des programmes visant à prévenir la VBG dans les pays en développement et à prendre les mesures pour y répondre. Malheureusement, peu d'entre eux ont fait l'objet d'une évaluation rigoureuse. L'application des techniques solides en suivi et évaluation (SE) aidera tout le domaine du développement à trouver les approches programmatiques les plus efficaces qui valent la peine d'être reproduites et étendues à plus grande échelle. Ainsi, il faut investir pour construire une base plus solide des données factuelles, venant étayer des décisions éclairées sur les programmes de lutte contre la VBG et veiller à ce que la santé et la sécurité des filles et des femmes soient protégées dans tous les programmes du secteur de la santé pris dans son ensemble.

COMMENT les programmes financés par l'USAID peuvent investir dans le suivi et l'évaluation

1) **Soutenir les activités visant à améliorer les méthodes de recherche et d'évaluation liées à la VBG.** La VBG est un domaine relativement nouveau qu'aborde le secteur de la santé, il faut donc améliorer et standardiser les indicateurs, les méthodes de recherche et les outils de collecte de données, utilisés pour évaluer de nombreux types d'interventions liées à la VBG.

a. *Formuler des indicateurs valides et fiables.* Les indicateurs sont valides s'ils mesurent clairement et directement les résultats qu'ils sont censés mesurer. Ainsi, les indicateurs doivent toujours être testés sur le terrain. Les chercheurs ont bien progressé pour arriver à mesurer les niveaux, les types et la gravité de la VBG. En revanche, on n'a pas aussi bien avancé dans la

Raisons sélectionnées pour lesquelles les programmes financés par l'USAID devraient traiter la violence basée sur le genre

- Besoin d'élargir la base de données sur des moyens efficaces de prévenir et de répondre à la VBG, surtout dans des pays en développement.
- Besoin d'améliorer la conception des programmes pour vérifier que les interventions de VBG bénéficient aux femmes tel que prévu.
- Le suivi et l'évaluation de la VBG dans tous les programmes de santé peut aider à corriger les défauts dans la conception de programmes, qui risquent d'exposer involontairement les filles et les femmes à une recrudescence de violence.
- Les décideurs et les bailleurs des fonds ont besoin de davantage d'informations scientifiques sur les approches à la VBG qui sont vraiment efficaces pour veiller à faire des choix judicieux en matière d'investissement.

standardisation des indicateurs qui mesurent l'impact des interventions contre la VBG sur la santé et le bien-être des femmes et ce que les femmes en pensent (point de vue des clientes). De plus, il faut prêter une attention particulière à mesurer les conséquences imprévues des interventions liées à la VBG.

b. *Formuler des meilleurs plans et outils pour les études d'évaluation.* Les plans d'études et les outils de collecte des données servant à l'évaluation des programmes de VBG, ne sont pas toujours faciles à concevoir. Il faut faire très attention à la collecte des données initiales et arriver à une définition bien claire de la population visée par l'intervention. Le plus souvent, les plans d'évaluation parviennent à déterminer une *association* entre les variables plutôt qu'une *causalité*. Par exemple, elles cherchent à mesurer les changements des attitudes face à la VBG puisqu'un grand nombre de programmes se concentrent sur les connaissances et les attitudes face à la violence. Il est important de noter que les attitudes mesurent les niveaux de tolérance et

d'acceptabilité de la VBG mais ne peuvent prédire les éventuels responsables de la violence ni les endroits où les taux de violence risquent d'être élevés.

c. *Mieux comprendre ce qui constitue un « succès ».* Le succès doit toujours être défini en fonction des buts et des méthodologies de l'intervention en question. Par exemple, il semble que des niveaux moins élevés de violence constituent effectivement des mesures de succès en prévention mais, en revanche, si l'intervention cherche à lutter contre la tolérance de la VBG dans la communauté, alors « le succès » sera mesuré par les changements d'attitudes qui tolèrent la VBG. En plus, une mesure du succès devrait aussi considérer qu'une augmentation à court terme de VBG pourrait être l'effet d'une augmentation de la prise de conscience et de la déclaration de cas d'abus. Les faits montrent que la réduction à long terme de la VBG ne survient qu'après une augmentation à court terme, tant pour les individus (Sullivan et Bybee, 1999) que les communautés (Jewkes, 2002). Au niveau communautaire, l'autonomisation des femmes – facteur important des activités de prévention à long terme – peut créer un retour violent des hommes qui s'accrochent à leur prérogative pour imposer les normes traditionnelles. Ainsi, l'augmentation de la violence à court terme n'est probablement pas utile pour déterminer si un programme a réussi ou non.

2) **Exiger que tous les programmes de VBG soient dotés d'un solide volet de suivi et évaluation.** Les programmes sont trop souvent conçus et mis en œuvre avec un volet de suivi et évaluation ajouté par la suite. Quel que soit le type d'intervention contre la VBG, les programmes doivent intégrer les éléments suivants, avant de concevoir un nouveau projet :

a. *Définir des objectifs orientés sur les résultats.* Les objectifs d'un programme doivent spécifier explicitement les résultats escomptés et saisir ce que signifie avoir réussi, même à niveau intermédiaire. Par exemple, au lieu d'avoir des objectifs du type « former 20 médecins dans le domaine de la VBG », les programmes doivent utiliser des objectifs « orientés sur les résultats » du type « améliorer la connaissance et les compétences d'intervention de 20 médecins dans le domaine de la VBG ». Si l'objectif est d'améliorer la qualité des soins pour les personnes touchées par la VBG, alors des indicateurs de qualité seront mis au point, mesurés et utilisés pour l'évaluation (voir Tableau 5). Sans objectif orienté sur les résultats,

les programmes ont généralement du mal à évaluer leur travail.

- b. *Veiller à ce que la collecte des données soit comparable au point de départ et au suivi.* Au lieu de dépendre uniquement des « évaluations des besoins » ou « analyses situationnelles », les programmes doivent également consacrer des ressources à une collecte initiale des données, qui peut être utilisée pour mesurer les indicateurs quantitatifs du changement dans le temps. Les évaluations rétrospectives sont fondamentalement limitées et généralement inadéquates.
- c. *Inclure la collecte des données sur les perspectives des femmes et/ou survivantes de VBG, dans le cadre du plan d'évaluation.* Suivant le type de programme, il est capital de collecter les données sur les propres perspectives des femmes et, si possible, sur les perspectives des survivantes de VBG, pour comprendre la qualité et l'efficacité de toute intervention contre la VBG.
- d. *Consacrer une partie importante du budget au suivi et à l'évaluation.* Une évaluation de haute qualité est coûteuse et les programmeurs hésitent souvent à soutirer une part de leurs ressources limitées pour le consacrer à l'évaluation. Et pourtant, un investissement important doit être fait pour arriver à une évaluation et au suivi rigoureux. En général, les programmes doivent consacrer 10 % de leur budget total aux activités de suivi et d'évaluation. Cela comprend le paiement des consultants externes ou des postes budgétaires pour le personnel d'évaluation à temps plein.

3) **Veiller à que l'évaluation de tous les programmes sanitaires connexes aborde le problème de la VBG même si la VBG n'est pas le thème principal de leur travail.** Pratiquement tous les programmes du secteur de la santé devraient prêter une attention plus étroite aux répercussions de la VBG. L'USAID devrait encourager les programmes à prêter attention à la VBG dans leurs évaluations, même si la violence n'est pas le thème principal de leur travail. Par exemple :

a. *Les programmes de conseils et de dépistage du VIH/ SIDA* devraient vérifier si les politiques et les pratiques minimisent le risque que les patientes féminines subissent de la violence de la part de la famille, après avoir pris connaissance de leur statut VIH ou après avoir communiqué leur statut VIH.

Tableau 5. Exemples des objectifs et des indicateurs pour les différents types de programmes contre la violence basée sur le genre

Tel que discuté ci-dessus, peu d'indicateurs standardisés ont été acceptés à grande échelle comme mesure fiable de l'efficacité dans le domaine des programmes de lutte contre la VBG. Ce sont les niveaux notifiés de violence qui devraient être le résultat final mais pour des raisons méthodologiques, la plupart des programmes dépendent d'indicateurs intermédiaires. Les exemples ci-dessous ont été utilisés sous une forme ou une autre, dans le cadre de divers programmes. Certains ont une portée limitée quant à ce qui est mesuré ; par exemple, on ne sait pas si des changements dans les attitudes indiquées se traduisent par un changement de comportement ou reflètent simplement des changements dans ce que les répondants jugent être des réponses socialement acceptables. En revanche, ce sont de bons exemples d'indicateurs qui devraient être adoptés par des programmes de lutte contre la VBG, financés par l'USAID.

Type de programme	Objectifs orientés sur les résultats	Exemples d'indicateurs utilisés dans le domaine
Mobilisation communautaire	Réduire la tolérance communautaire de la violence contre les femmes	<ul style="list-style-type: none"> Proportion de répondants de l'enquête ayant indiqué que le fait de battre sa femme est un moyen acceptable pour un mari de la discipliner dans la communauté (dans des circonstances spécifiques).
	Améliorer la réponse communautaire face à la violence	<ul style="list-style-type: none"> Proportion des répondants qui ont dit qu'ils aideraient une femme battue par son mari (question posée à n'importe qui à propos d'une femme dans sa famille élargie, à la police sur les femmes qui sont venues se plaindre chez eux ou à des juges qui ont présidé de tels cas dans leur cour, etc.) contre ceux qui ont dit que la violence par un partenaire intime est une question privée au sein du couple et dans laquelle des étrangers ne devraient pas intervenir. Nombre et type d'organisations équipées pour offrir des services aux survivantes de violence dans la communauté ; nombre de survivantes ayant reçu des services ces 12 derniers mois ; point de vue des survivantes sur la qualité des services, les avantages et risques de ces services.
Communication pour le changement social et comportemental	Améliorer les attitudes et les comportements (des groupes spécifiques)	<ul style="list-style-type: none"> Proportion de répondants qui indiquent que les hommes ne peuvent pas être responsables du contrôle de leur propre comportement sexuel (ou d'autres comportements ou attitudes spécifiques suivant la situation locale et l'objectif de l'intervention). Proportion des hommes et des femmes dans le groupe bénéficiaire qui pensent que la violence (spécifier le comportement) n'est pas un moyen acceptable de traiter un partenaire intime.
Prestations des services de santé	Améliorer la qualité des services de santé pour les survivantes de VBG	<ul style="list-style-type: none"> Perspectives qualitatives des femmes en général et des survivantes en particulier sur la qualité des services obtenus, les avantages et les risques de ces services (obtenus par des groupes de discussion focalisée, des entretiens approfondis, respectivement).
	Respecter l'intimité et la confidentialité dans les centres de santé	<ul style="list-style-type: none"> Proportion des centres de santé ayant des zones privées de consultation où l'on ne peut ni entendre, ni voir de l'extérieur, ayant des politiques de confidentialité et d'endroits pour garder en toute sécurité les dossiers, recueillant les informations dans des zones publiques, dont la majorité de prestataires suivent des politiques écrites sur la confidentialité.

Tableau 5. Exemples des objectifs et des indicateurs pour les différents types de programmes contre la violence basée sur le genre

Type de programme	Objectifs orientés sur les résultats	Exemples d'indicateurs utilisés dans le domaine
Politique sanitaire	Améliorer les lois/ politiques liées à la VBG	<ul style="list-style-type: none"> Types de changement dans les lois ou politiques liés à la VBG (peuvent être positifs ou négatifs) ; si possible avec faits prouvant un lien causatif aux programmes.
	Améliorer l'accès des survivantes aux protections juridiques conférées par la loi	<ul style="list-style-type: none"> Proportion des femmes qui connaissent leurs droits aux termes de la loi (droit civil et criminel). Proportion des femmes qui savent comment accéder au système légal. Point de vue des survivantes qui ont cherché à exercer un droit légal spécifique sur les avantages et les problèmes rencontrés dans le processus (qualitatif).
Jeunes	Améliorer la réponse institutionnelle des écoles, des centres de santé, etc., pour les jeunes survivantes de violence sexuelle	<ul style="list-style-type: none"> Proportion des filles qui indiquent qu'elles sont prêtes à dénoncer un acte de violence sexuelle dans leurs écoles. Proportion du personnel dans une institution qui connaît les politiques relatives au harcèlement sexuel/soins pour les jeunes survivantes d'un abus sexuel, etc. Proportion du personnel dans une institution donnée qui indique observer ces politiques et signale que d'autres membres du personnel s'y conforment également. Pourcentage de jeunes survivantes d'un abus sexuel référées à des conseillers professionnels (ou à des services juridiques) dans les 12 derniers mois.
	Améliorer les attitudes et les comportements liés à la coercition sexuelle des jeunes hommes	<ul style="list-style-type: none"> Proportion de jeunes hommes qui disent qu'ils ont déjà forcé une fille ou qu'ils la forceraient à avoir des rapports sexuels si elles les excitent (là aussi, l'indicateur devra être adapté aux normes et attitudes locales et aux pratiques documentées). Proportion de filles qui indiquent certains types de harcèlement, coercition ou abus sexuel dans un contexte, sur une période de temps donnée.
Humanitaire	Diminuer la violence et l'exploitation sexuelle de la part des forces de maintien de la paix des Nations Unies	<ul style="list-style-type: none"> Proportion du personnel du maintien de la paix signalant des attitudes qui tolèrent la violence et l'exploitation sexuelle (doit être spécifié). Proportion du personnel de maintien de la paix notifiant des pratiques qui tolèrent la violence et l'exploitation sexuelle (doit être spécifié). Proportion des plaintes ayant fait l'objet d'enquêtes à différents niveaux durant une période spécifique. Proportion des plaintes ayant abouti à tels résultats dans une période spécifiée. Changement dans le mécanisme d'application de la loi (qualitatif).

- b. *Les programmes de la santé reproductive pour les jeunes* devraient évaluer si leurs stratégies réduisent ou au contraire empirent les attitudes qui acceptent et tolèrent le harcèlement sexuel à l'égard des filles (ce qui semble être un problème dans certains cas ; par exemple, voir Campbell et MacPhail, 2002).
- c. *Les programmes visant à autonomiser les femmes* grâce à des activités pour générer des revenus, d'éducation et de microcrédit devraient évaluer s'ils prennent les mesures suffisantes pour minimiser le risque des participantes à subir des représailles violentes de la part des partenaires masculins.
- d. *Les programmes de prestation des services de santé*, devraient évaluer si les prestataires sont prêts à prendre en charge les survivantes de violence sexuelle, adéquatement et avec empathie.

4) Soutenir les évaluations scientifiques des programmes existants de lutte contre la VBG, financés par d'autres bailleurs des fonds. Des nombreuses interventions prometteuses dans le domaine de la prévention et de la réponse à face la VBG, fonctionnent depuis des années sans recevoir suffisamment de fonds

pour des évaluations rigoureuses et longitudinales. L'USAID pourrait aider à ce niveau en investissant dans l'évaluation scientifique des approches prometteuses, par exemple, des programmes sélectionnés et décrits dans le passage en revue de la littérature par Guedes (2004).

5) Investir dans des projets de recherche – interventions conçues spécifiquement pour renforcer la base de données factuelles sur des stratégies efficaces de prévention et de réponse face à la VBG. Dans certains cas, des projets de recherche – intervention sont nécessaires pour répondre aux questions spécifiques concernant des manières efficaces de prévenir la VBG ou d'y répondre. Ces recherches peuvent éclairer la prise de décisions au niveau national ou les débats internationaux sur les meilleures pratiques. Par exemple, des projets de recherche bien conçus, comme les essais cliniques, pourront enrichir le débat sur les avantages et les risques de l'enquête routinière dans les services de santé de pays en développement.

Pour plus d'information à propos du suivi et évaluation concernant VBG, voyez Bloom, prochainement disponible sur www.igwg.org.

En bref...

Les programmes financés par l'USAID DEVRAIENT	Les programmes financés par l'USAID NE DEVRAIENT PAS
Investir dans le travail méthodologique pour améliorer les indicateurs, les plans des études et les outils disponibles pour l'évaluation des programmes contre la VBG.	Rater les occasions d'investir dans le suivi et l'évaluation des programmes qui répondent à la VBG.
Demander à tous les programmes contre la VBG de suivre et d'évaluer rigoureusement leur travail.	Négliger de consacrer une proportion adéquate du budget au suivi et à l'évaluation.
Encourager tous les programmes de santé à évaluer leur travail face à la VBG.	Ignorer la possibilité que les programmes de santé peuvent augmenter involontairement le risque de VBG pour certaines femmes.
Soutenir des évaluations scientifiques de programmes prometteurs, financés par d'autres bailleurs des fonds.	Ignorer les possibilités de partager les coûts des investissements qui permettront d'enrichir la base des données factuelles sur les interventions efficaces contre la VBG.
Soutenir des projets de recherche – intervention pour répondre aux questions clés dans le domaine de la VBG.	Considérer que la recherche est moins prioritaire que les activités de mise en œuvre de programme et de prestation des services.

SECTION III

RESSOURCES CLÉS ET TRAVAUX CITÉS

Recherche universitaire

Bott S., A. Morrison et M. Ellsberg. 2005. « Preventing and Responding to Violence Against Women in Middle and Low-Income Countries : a Global Review and Analysis ». *World Bank Policy Research Working Paper 3618*. Washington, DC : Banque Mondiale.

Campbell, J.C. 2002. « Health Consequences of Intimate Partner Violence ». *Lancet* 359 : 1331-1336. Disponible sur : <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673602083368/abstract>.

Garcia-Moreno, C. 2002. « Dilemmas and Opportunities for an Appropriate Health-Service Response to Violence Against Women ». *Lancet* 359 : 1509-1514. Disponible sur : <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673602084179/abstract>.

Guedes, A. 2004. *Addressing Gender-Based Violence from the Reproductive Health/HIV Sector : A Literature Review and Analysis*. Washington, DC : USAID, Bureau for Global Health. Disponible sur : <http://www.prb.org/pdf04/AddressGendrBasedViolence.pdf>.

Heise, L., M. Ellsberg et M. Gottemoeller. 1999. « Ending Violence Against Women ». *Population Reports XXVII* (Numéro 4, Série L, Numéro 11). Disponible sur : <http://www.infoforhealth.org/pr/111/violence.pdf>.

Jejeebhoy S. et S. Bott. « Introduction ». Dans : Jejeebhoy, S., S. Iqbal, and T. Shyam, Eds. 2005. *Sex Without Consent : Young People in Developing Countries*. Londres, Zed Books.

Jewkes, R. 2002. « Intimate Partner Violence : Causes and Prevention ». *Lancet* 359 : 1423-1429. Disponible sur : <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673602083575/abstract>.

Krug, E.G., L. L. Dahlberg, J. A. Mercy, A.B. Zwi et R. Lozano. 2002. *Rapport Mondial sur la Violence et la Santé*. Genève : Organisation de la Santé Mondiale. Disponible en anglais, arabe, chinois, espagnol, finnois, français, italien et russe sur : www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/wrvh1/en/.

Mirsky, J. 2003. *Beyond Victims and Villains : Addressing Sexual Violence in the Education Sector*. Panos Report No. 47. Londres : Institut Panos. Disponible sur : <http://www.panos.org.uk/?lid=250>.

Newman, J. 2005. *Protection through participation : young people affected by forced migration and political crisis*. Oxford : Refugee Studies Centre. Disponible sur : <http://www.reliefweb.int/rw/lib.nsf/db900SID/SODA-6C54JJ?OpenDocument>.

Shane, B. et M. Ellsberg. 2002. « Violence Against Women : Effects on Reproductive Health ». *Outlook* 20(1) : 1-8. Disponible sur : http://www.path.org/files/EOL20_1.pdf.

UNFPA. 2002. « Communication/Behaviour Change Tools : Entertainment-Education ». *Programme Briefs* No. 1. New York : UNFPA. Disponible sur : http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/160_filename_bccprogbrief1.pdf.

Ward, J. 2002. *If Not Now, When? Addressing Gender-Based Violence in Refugee, Internally Displaced, and Post-conflict Settings : A Global Review*. New York : The Reproductive Health for Refugees Consortium. Disponible sur : <http://www.thrc.org/resources/gbv/ifnotnow.html>.

Watts, C. et C. Zimmerman. 2002. « Violence Against Women : Global Scope and Magnitude ». *Lancet*, 359 : 1232-1237. Disponible sur : <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673602082211/abstract>.

Wellesley Centers for Research on Women. 2003. *Unsafe Schools : A Literature Review of School-Related Gender-Based Violence in Developing Countries*. Washington, DC : USAID, Office of Women in Development. Disponible sur : http://www.usaid.gov/our_work/cross-cutting_programs/wid/pubs/unsafe_schools_literature_review.pdf.

White, V., M. Greene et E. Murphy. 2003. *Men and Reproductive Health Programs : Influencing Gender Norms*. Washington, DC : USAID. Disponible sur : www.synergyaids.com/SynergyPublications/Gender_Norms.pdf.

Outils, manuels et directives

Bott, S., A. Guedes, C. Claramunt et A. Guezmes. 2004. *Improving the Health Sector Response to Gender-Based Violence : A Resource Manual for Health Care Professionals in Developing Countries*. New York : International Planned Parenthood Federation, Western Hemisphere Region. Disponible en anglais et espagnol sur : <http://www.hrresourcecenter.org/node/1385>.

Drezin, J. 2001. *Picturing a Life Free of Violence : Media and Communications Strategies to End Violence Against Women*. New York : UNIFEM. Disponible sur : http://www.unifem.org/resources/item_detail.php?ProductID=8.

Drezin, J. et M. Lloyd-Laney. 2003. *Making a Difference : Strategic Communications to End Violence Against Women*. New York : UNIFEM. Disponible sur : http://www.unifem.org/resources/item_detail.php?ProductID=6.

Ellsberg, M. et L. Heise. 2005. *Researching Violence Against Women : A Practical Guide for Researchers and Activists*. Washington, DC : Organisation Mondiale de la Santé et PATH. Disponible sur : http://www.path.org/files/GBV_rvaw_complete.pdf.

Family Violence Prevention Fund. 2005. *Toolkit for Working with Men and Boys*. San Francisco : Family Violence Prevention Fund. Disponible sur : <http://toolkit.endabuse.org/Home>.

IASC Task Force on Gender and Humanitarian Assistance. 2005. *Directives en vue d'interventions humanitaires contre la violence basée sur le sexe : Centrage sur la prévention et la réponse à la violence sexuelle*. Geneva : IASC Task Force on Gender and Humanitarian Assistance. Disponible en anglais, arabe, bahasa, espagnol et français sur : http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/subsidi/tf_gender/gbv.asp

Michau, L. et D. Naker. 2003. *Mobilizing Communities to Prevent Domestic Violence : A Resource Guide for Organizations in East and Southern Africa*. Nairobi, Kenya : Raising Voices. Disponible sur : <http://www.raisingvoices.org/publications.php>.

The Policy Project. 2006. *Responding to Gender-based Violence : A Focus on Policy Change Toolkit*. Washington, DC : The POLICY Project. Disponible sur : <http://www.policyproject.com/gbv/>.

Raising Voices. 2007. *SASA! A Film About Women, Violence, and HIV/AIDS*. Kampala, Uganda : Raising Voices. Disponible sur : http://www.raisingvoices.org/women/Sasa_film.php.

Reproductive Health Response in Conflict (RHRC). 2005. *Gender-based Violence in Populations Affected by Conflict : A Field Guide for Displaced Settings*. Disponible sur : <http://www.rhrc.org/pdf/Fact%20Sheet%20for%20the%20Field.pdf>.

Reproductive Health Response in Conflict (RHRC). 2004. *Checklist for Action : Prevention & Response to Gender-based Violence in Displaced Settings*. Disponible sur : <http://www.rhrc.org/pdf/Checklist.pdf>.

Reproductive Health Response in Conflict (RHRC). 2004. *Gender-based Violence Tools Manual for Assessment and Program Design, Monitoring, and Evaluation*. Disponible sur : <http://www.rhrc.org/pdf/GBVsingles.pdf>.

Reproductive Health Response in Conflict (RHRC). 2004. *Facilitator's Guide : Multisectoral and Interagency Prevention and Response to Gender-based Violence in Populations Affected by Armed Conflict*. Disponible sur : <http://www.popline.org/docs/1691/303015.html>.

United Nations High Commissioner for Refugees. 2003. *Guidelines for Prevention and Response : Sexual and Gender-Based Violence against Refugees, Returnees and Internally Displaced Persons*. Genève : HCR. Disponible sur : http://www.rhrc.org/pdf/gl_sgbv03.pdf.

Vann, B. 2002. *Violence liée au genre : Questions qui apparaissent dans les programmes pour les populations déplacées*. New York : The Reproductive Health for Refugees Consortium Global Gender-Based Violence Technical Support Project. Disponible en français sur : http://www.rhrc.org/pdf/gbv_emerg_French.pdf. Anglais : http://www.rhrc.org/pdf/gbv_vann.pdf. Portugais : http://www.rhrc.org/pdf/gbv_emerg_portuguese.pdf.

Warshaw, C. et A.L. Ganley. 1998. *Improving the Health Care Response to Domestic Violence : A Resource Manual for Health Care Providers*. San Francisco: Family Violence Prevention Fund. Disponible sur : <http://endabuse.org/programs/display.php3?DocID=238>.

World Health Organization. 2000. *Reproductive Health During Conflict and Displacement : A Guide for Programme Managers*. Genève : OMS. Disponible sur : http://www.who.int/reproductive-health/publications/conflict_and_displacement/index.htm.

World Health Organization/United Nations High Commissioner for Refugees. 2004. *Clinical Management of Rape Survivors : Developing Protocols for Use With Refugees and Internally Displaced Persons*, Edition révisée. Genève : OMC/HCR. Disponible en anglais, arabe et français sur : http://www.who.int/reproductive-health/publications/clinical_mngt_rapesurvivors/.

Etudes de cas

Ellsberg, M., J. Liljestrand et A. Winkvist. 1997. « The Nicaraguan Network of Women Against Violence : Using Research and Action for Change ». *Reproductive Health Matters*. 5(10) : 82-92. Article complet disponible en anglais, résumé en français et espagnol.

Rodríguez, C. 2005. « From the Sandinista Revolution to Telenovelas : The Case of Puntos de Encuentro, Nicaragua ». Dans *Media and Global Change : Rethinking Communication for Development*, édité par O. Hemer et T. Tufte. Sweden : NORDICOM, University of Göteborg. Disponible sur : <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/edicion/media/30chapter23.pdf>

Singhal, A., S. Usdin, E. Scheepers, S. Goldstein et G. Japhet. 2004. « Entertainment-Education Strategy in Development and Communication ». Pp. 141-153 dans *Development and Communication in Africa*, édité par C. Okigbo et F. Eribo. Lanham : Rowman & Littlefield.

United Nations Secretary-General's Bulletin on Special Measures for Protection from Sexual Exploitation and Sexual Abuse (ST/SGB/2003/13). Disponible sur : <http://www.peacewomen.org/un/pkwatch/discipline/SGreportsexexpApr2004.pdf>.

Travaux cités

- Abdool Q, Karim. 2001. « Barriers to Preventing Human Immunodeficiency Virus in Women : Experiences from Kwazulu-Natal, South Africa ». *Journal of American Medical Women's Association* 56(4) : 193–196.
- Amaro, H., L. Fied, H. Cabral et B. Zuckerman. 1990. « Violence During Pregnancy and Substance Abuse ». *American Journal of Public Health* 80 : 570–589.
- Ashley, J., B. Levine et R. Needle. 2006. « Summary of the Proceedings of Meeting on 'Alcohol, HIV Risk Behaviours and Transmission in Africa : Developing Programmes for the United States President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR).' » *African Journal of Drug & Alcohol Studies* 5(2) : 192-200.
- Åsling-Monemi, K., R. Pena, M.C. Ellsberg et L.A. Persson. 2003. « Violence Against Women Increases the Risk of Infant and Child Mortality : A Case-Referent Study in Nicaragua ». *The Bulletin of the World Health Organization* 81(1) : 10–18. Disponible sur : <http://www.who.int/bulletin/Monemi0103.pdf>.
- Barker, G. et C. Ricardo. 2005. *Young Men and the Construction of Masculinity in Sub-Saharan Africa : Implications for HIV/AIDS, Conflict, and Violence*. Social Development Papers : Conflict Prevention and Reconstruction. Paper No. 26. Washington, DC : Banque Mondiale.
- Barker, G., C. Ricardo et M. Nascimento. 2007. *Engaging Men and Boys in Changing Gender-based Inequity in Health : Evidence from Programme Interventions*. Genève : OMC.
- Betron, M. et E. Gonzalez. (Prochainement Disponible) *Screening for Gender-Based Violence among MSM and Transgendered Persons : A Synthesis and Review of the Literature*. Washington, DC : Health Policy Initiative.
- Bloom, S. (Prochainement Disponible) *Violence Against Women and Girls : A Compendium of Monitoring and Evaluation Indicators*. Chapel Hill, NC : MEASURE Evaluation.
- Bogart, L.M., R.L. Collins, W. Cunningham, R. Beckman, D. Golinelli, D. Eisenman et C.E. Bird. 2005. « The Association of Partner Abuse with Risky Sexual Behaviors among Women and Men with HIV/AIDS ». *AIDS and Behavior* 9(3) : 325-333. Disponible sur : http://www.rand.org/pubs/reprints/2007/RAND_RP1276.pdf.
- Bott, S. et M. Betron. 2005. *USAID-Funded Gender-Based Violence Programming : An Assessment Report for the Bureau of Global Health*. Washington, DC : United States Agency for International Development.
- Bott, S., A. Guedes, C. Claramunt et A. Guezmes. 2004. *Improving the Health Sector Response to Gender-Based Violence : A Resource Manual for Health Care Professionals in Developing Countries*. New York: International Planned Parenthood Federation, Western Hemisphere Region. Disponible en anglais et espagnol sur : <http://www.hrhresourcecenter.org/node/1385>.
- Bott S., A. Morrison et M. Ellsberg. 2005. *Preventing and Responding to Gender-based Violence in Middle and Low-income Countries: A Global Review and Analysis*. World Bank Policy Research Working Paper 3618. Washington, DC : Banque Mondiale. Disponible sur : http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDS_IBank_Servlet?pcont=details&eid=000112742_20050628084339.
- Campbell, C. et C. MacPhail. 2002. « Peer Education, Gender and the Development of Critical Consciousness : Participatory HIV Prevention by South African Youth ». *Social Science and Medicine* 55 : 331–345.
- Campbell, J.C. 2002. « Health Consequences of Intimate Partner Violence ». *Lancet* 359 : 1331–1336. Disponible sur : <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673602083368/abstract>.
- Campbell, J.C., C. García-Moreno et P. Sharps. 2004. « Abuse During Pregnancy in Industrialized and Developing Countries ». *Violence Against Women* 10(7) : 770–789. Disponible sur : <http://vaw.sagepub.com/cgi/content/abstract/10/7/770>.
- Campbell, J.C. et K. L. Soeken. 1999. « Forced Sex and Intimate Partner Violence : Effects on Women's Risk and Women's Health ». *Violence Against Women* 5(9) : 1017–1035.
- Campbell, J.C. M.L. Poland, J.B. Waller, et J. Ager. 1992. « Correlates of Battering During Pregnancy ». *Research in Nursing and Health* 15 : 219–226.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2003. « Costs of Intimate Partner Violence Against Women in the United States ». Atlanta, GA. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control.
- Choi, K.H., D. Binson, M. Adelson et J. Catania. 1998. « Sexual Harrassment, Sexual Coercion and HIV Risk Among U.S. Adults 18–49 Years ». *AIDS and Behavior* 2 : 33–40.
- Counts, D.A., J.K. Brown et J.C. Campbell. 1999. *To Have and to Hit : Cultural Perspectives on Wife Beating*. Champaign, IL : University of Illinois Press.

Davila, Y.R. et M.H. Brakley. 1999. « Mexican American Women in a Battered Women's Shelter : Barriers to Condom Negotiation for HIV/AIDS Prevention ». *Issues in Mental Health Nursing* 20 : 333–355.

Davila, Y.R. 2002. « Influence of Abuse on Condom Negotiation among Mexican-American Women Involved in Abusive Relationships ». *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* 13(6) : 46-56.

Drezin, J. 2001. *Picturing a Life Free of Violence : Media and Communications Strategies to End Violence Against Women*. New York : UNIFEM. Disponible sur : http://www.unifem.org/resources/item_detail.php?ProductID=8.

Drezin, J. et M. Lloyd-Laney. 2003. *Making a Difference : Strategic Communications to End Violence Against Women*. New York : United Nations Development Fund for Women. Disponible en anglais et russe sur : http://www.unifem.org/resources/item_detail.php?ProductID=6.

Dunkle, K.L., R.K. Jewkes, H.C. Brown, G.C. Gray, J.A. McIntyre et S.D. Harlow. 2004. « Gender-based Violence, Relationship Power, and Risk of HIV Infection in Women Attending Antenatal Clinics in South Africa ». *Lancet* 363 : 1415–1421.

Ellsberg, M., R. Peña, A. Herrera, J. Liljestrand et A. Winkvist. 2000. « Candies in Hell : Women's Experiences of Violence in Nicaragua ». *Social Science and Medicine* 51(11) : 1595–1610.

Ellsberg, M., L. Heise, R. Peña, S. Agurto et A. Winkvist. 2001. « Researching Domestic Violence Against Women : Methodological and Ethical Considerations ». *Studies in Family Planning* 32(1) : 1–16.

Enarson, E. 1998. *Surviving Domestic Violence and Disasters*. Vancouver, BC : Simon Fraser University at Harbour Centre's Freda Centre for Research on Violence against Women and Children. Disponible sur : <http://www.harbour.sfu.ca/freda/reports/dviol.htm>.

Fonck, K., L. Els, N. Kidula, J. Ndinya-Achola et M. Temmerman. 2005. « Increased Risk of HIV in Women Experiencing Physical Partner Violence in Nairobi, Kenya ». *AIDS and Behaviour* 9(3) : 335-9.

Garcia-Moreno, C. 2002. « Dilemmas and Opportunities for an Appropriate Health-Service Response to Violence Against Women ». *Lancet* 359 : 1509–1514. Disponible sur : <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673602084179/abstract>.

Garcia-Moreno, C. et C. Watts. 2000. « Violence Against Women : Its Importance for HIV/AIDS ». *AIDS* 14 (Supl. 3) : S 253–265.

Garcia-Moreno, C., H.A. Jansen, M. Ellsberg, L. Heise et C. Watts. 2005. *WHO Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women: Initial Results on Prevalence, Health Outcomes and Women's Responses*. Genève : OMC. Disponible sur : http://www.who.int/entity/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summary_report_English2.pdf

Gazmararian, J.A., M.M. Adams, L.E. Saltzman, C.H. Johnson, F.C. Bruce, J.S. Marks et S.C. Zahniser. 1995. « The Relationship Between Intendedness and Physical Violence in Mothers of Newborns ». *Obstetrics and Gynecology* 85 : 131–138.

Gazmararian, J.A., S. Lazorick, A. Spitz, T. Ballard, L. E. Saltzman et J. S. Marks. 1996. « Prevalence of Violence Against Pregnant Women ». *Journal of the American Medical Association* 275(24) : 1915–1920.

Gielen, A.C., P.J. O'Campo, J.C. Campbell, J. Schollenberger, A.B. Woods, A.S. Jones, J.A. Dienemann, J. Kub et E.C. Wynee. 2000. « Women's Opinions About Domestic Violence Screening and Mandatory Reporting ». *American Journal of Preventive Medicine* 19(4) : 279–285.

Gilbert, L., N. El-Bassel, V. Rajah, J. Foleno, V. Fontdevila, Frye et B. L. Richman. 2002. « The Converging Epidemics of Mood-Altering Drug Use, HIV, HCV, and Partner Violence : A Conundrum for Methadone Maintenance Treatment ». *The Mount Sinai Journal of Medicine* 67 (5 and 6) : 452–463.

Goodwin, M.M., J.A. Gazmararian, C.H. Johnson, B.C. Gilbert et L.E. Saltzman. 2000. « Pregnancy Intendedness and Physical Abuse Around the Time of Pregnancy : Findings from the Pregnancy Risk Assessment Monitoring System, 1996–1997 ». *Maternal and Child Health Journal* 4 : 85–92.

Gruskin L., S.J. Gange, D. Celentano, P. Schuman, J.S. Moore, S. Zierler et D. Vlahov. 2002. « Incidence of Violence Against HIV-infected and Uninfected Women : Findings from the HIV Epidemiology Research (HER) Study ». *Urban Health* 79(4) : 512-24.

Guedes, A. 2004. *Addressing Gender-Based Violence from the Reproductive Health/HIV Sector : A Literature Review and Analysis*. Washington, DC : USAID, Bureau for Global Health. Disponible sur : <http://www.prb.org/pdf04/AddressGendrBasedViolence.pdf>.

Hakimi, M., E. Hayati, V. Marlinawati et al. 2001. *Silence for the Sake of Harmony. Domestic Violence and Women's Health in Central Java, Indonesia*. Yogyakarta, Indonesia : CHN-RL GMU. Xvi. Rifka Annisa Women's Crisis Center, Umea University, Women's Health Exchange, Program for Appropriate Technology in Health.

- Heise, L., M. Ellsberg et M. Gottemoeller. 1999. « Ending Violence Against Women ». *Population Reports XXVII* (Number 4, Series L, Number 11). Disponible sur : <http://www.infoforhealth.org/pr/l11/violence.pdf>.
- Heise, L. et C. Garcia-Moreno. 2002. « La Violence exercée par des partenaires intimes ». Pp 89–121 in : Krug, Etienne et al., Eds. *Rapport Mondial sur la Violence et la Sante*. Disponible en anglais, arabe, chinois, espagnol, finnois, français, italien et russe sur : www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/wrvh1/en/.
- Heise, L., K. Moore et N. Toubia. 1995. *Sexual Coercion and Reproductive Health : A Focus on Research*. New York : Population Council.
- Human Rights Watch. 2004. *World Report 2004 : Human Rights and Armed Conflict*. New York : Human Rights Watch. Disponible sur : <http://hrw.org/wr2k4/>.
- IASC Task Force on Gender and Humanitarian Assistance. 2005. *Directives en vue d'interventions humanitaires contre la violence basée sur le sexe : Centrage sur la prévention et la réponse à la violence sexuelle*. Geneva : IASC Task Force on Gender and Humanitarian Assistance. Disponible en anglais, arabe, bahasa, espagnol et français : http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/subsidi/tf_gender/gbv.asp.
- International Rescue Committee (IRC). 2004. *Gender-Based Violence Program Strategy : From Service Delivery to Social Change*. New York : International Rescue Committee.
- Jansen, H.A., C. Watts, M. Ellsberg, L. Heise et C. Garcia-Moreno. 2002. « Forced Sex and Physical Violence in Brazil, Peru and Thailand : WHO Multi-Country Results ». Présentation à la Conférence Internationale sur le SIDA # XIV, Barcelone.
- Jewkes, R. 2002. « Intimate Partner Violence : Causes and Prevention ». *Lancet* 359 : 1423–1429. Disponible sur : <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673602083575/abstract>.
- Jewkes, R., C. Vundule, F. Maforah et E. Jordaan. 2001. « Relationship Dynamics and Adolescent Pregnancy in South Africa ». *Social Science & Medicine* 52(5) : 733–744.
- Kishor, S. et K. Johnson. 2004. « Profiling Domestic Violence—A Multi-country Study ». Calverton, Maryland : ORC Macro.
- Krug, E.G., L. L. Dahlberg, J. A. Mercy, A.B. Zwi et R. Lozano. 2002. *Rapport Mondial sur la Violence et la Sante*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé. Disponible en anglais, arabe, chinois, espagnol, finnois, français, italien et russe sur : http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/wrvh1/en/.
- Lichtenstein, B. 2005. « Domestic Violence, Sexual Ownership, and HIV Risk in Women in the American Deep South ». *Social Science and Medicine* 60(4) : 701–14.
- Lichtenstein, B. 2006. « Domestic Violence in Barriers to Health Care for HIV-Positive Women ». *AIDS Patient Care and STDs* 20(2) : 122–32.
- Liebschutz, J.M., J.L. Geier, N.J. Horton, C.H. Chuang et J.H. Samet. 2005. « Physical and Sexual Violence and Health Care Utilization in HIV-infected Persons with Alcohol Problems ». *AIDS Care* 17(5) : 566–578.
- Mackenzie, C. et K. Kiragu. 2007. « Should Voluntary Counseling and Testing Counselors Address Alcohol Use with Clients? Findings from an Operations Research Study in Kenya ». *Horizons Research Update*. Nairobi : Population Council.
- Maman, S., J. Mbwambo, N. M. Hogan, G. P. Kilonzo et M. Sweat. 2001. « Women's Barriers to HIV-1 Testing and Disclosure : Challenges for HIV-1 Voluntary Counselling and Testing ». *AIDS Care* 13(5) : 595–603.
- Maman, S., J. Mbwambo, J.C. Campbell, M. Hogan, G.P. Kilonzo, E. Weiss et M. Sweat. 2002. « HIV-1 Positive Women Report More Lifetime Experiences with Violence : Findings from a Voluntary HIV-1 Counseling and Testing Clinic in Dar es Salaam, Tanzania ». *American Journal of Public Health* 92(8) : 1331–1337.
- McDonnell, K.A., A.C. Gielen et P. O'Campo. 2003. « Does HIV Status Make a Difference in the Experience of Lifetime Abuse ? Descriptions of Lifetime Abuse and its Context Among Low-Income Urban Women ». *Urban Health* 80(3) : 494–509.
- McFarlane, J., B. Parker et K. Soeken. 1996. « Physical Abuse, Smoking, and Substance Use During Pregnancy : Prevalence, Interrelationships, and Effects on Birth Weight ». *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 5 : 313–320.
- Michau, L. et Naker, D. eds. 2004. *Preventing Gender-based Violence in the Horn, East and Southern Africa : A Regional Dialogue*. Uganda : Raising Voices and UN-HABITAT, Safer Cities Programme. Disponible sur : <http://www.raisingvoices.org/publications.php>.

- Mooney, J. 1993. *The Hidden Figure : Domestic Violence in North London*. London : Middlesex University.
- Morris, C., B. Levine, G. Goodridge, N. Luo et J. Ashley. 2006. « Three-Country Assessment of Alcohol-HIV Related Policy and Programmatic Responses in Africa ». *African Journal of Drug & Alcohol Studies* 5(2) : 170-184.
- Morrison, A. et M. B. Orlando. 2004. « The Costs and Impacts of Gender-based Violence in Developing Countries : Methodological Considerations and New Evidence ». Washington, DC : Banque Mondiale.
- Muhajarine, N. et C. D'Arcy. 1999. « Physical Abuse During Pregnancy : Prevalence and Risk Factors ». *Canadian Medical Association Journal* 160 : 1007-1011. Disponible sur : http://collection.nlc-bnc.ca/100/201/300/cdn_medical_association/cmaj/vol-160/issue-7/1007.htm.
- Murphy, C.C., B. Schei, T.L. Myhr et J. Du Mont. 2001. « Abuse : a Risk Factor for Low Birth Weight? A Systematic Review and Meta-Analysis ». *Canadian Medical Association Journal* 164(11) : 1567-72. Disponible sur : <http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/164/11/1567>.
- Phorano, O.D., K. Nthomang et D. Ntseane. 2005. « Alcohol Abuse, Gender-based Violence and HIV/AIDS in Botswana : Establishing the Link Based on Empirical Evidence ». *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS* 2(1) : 188-202.
- Reproductive Health for Refugee Consortium (RHRC). 2004. « Minimum Initial Services Package (MISP) ». Disponible sur : <http://misp.rhrc.org/>.
- Rogow, D. et Bruce, J. 2000. « Alone You Are Nobody, Together We Float : The Manuela Ramos Movement ». *Calité/Calidad/Quality*, Number 10. Population Council : New York. Disponible sur : <http://www.popcouncil.org/pdfs/qc/qc10.pdf>.
- Shaw, M. et Jawo, M. 2000. « Gambian Experiences with Stepping Stones : 1996-1999 ». *Participatory Learning and Action Notes* 37 : 73-78. Disponible sur : <http://www.iied.org/pubs/pdfs/G01869.pdf>.
- Solórzano, I., A. Bank, R. Peña, H. Espinoza, M. Ellsberg et J. Pulerwitz. 2008. « Catalyzing Personal and Social Change Around Gender, Sexuality, and HIV : Impact Evaluation of Puntos de Encuentro's Communication Strategy in Nicaragua ». *Horizons Final Report*. Washington, DC : Population Council.
- Sowell R., B. Seals, L. Moneyham, J. Guillory et Y. Mizuno. 1999. « Experiences of Violence in HIV-seropositive Women in the South-eastern United States of America ». *Journal of Advanced Nursing* 30(3) : 606-15.
- Stevens, P.E. et D.J. Richards. 1998. « Narrative Case Analysis of HIV Infection in a Battered Woman ». *Health Care for Women International* 19(1) : 9-22.
- Sullivan, C. et Bybee D. 1999. « Reducing Violence Using Community-Based Advocacy for Women with Abusive Partners ». *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67(1) : 43-53.
- Thompson, M., I. Arias, K. Basile et S. Desai. 2002. « The Association Between Childhood Physical and Sexual Victimization and Health Problems in Adulthood in a Nationally Representative Sample of Women ». *Journal of Interpersonal Violence* 17(10) : 1115-1129.
- United Nations High Commissioner for Refugees. 2003. *Guidelines for Prevention and Response : Sexual and Gender-Based Violence against Refugees, Returnees and Internally Displaced Persons*. Genève : HCR. Disponible sur : http://www.rhrc.org/pdf/gl_sgbv03.pdf.
- United Nations Population Fund (FNUAP). 1998. « Violence Against Girls and Women : A Public Health Priority ». FNUAP Gender Theme Group, Interactive Population Center. Disponible sur : <http://www.unfpa.org/intercenter/violence/intro.htm>.
- USAID/Synergy. 2004. *Women's Experiences with HIV Serodisclosure in Africa : Implications for VCT and PMTCT : Meeting Report*. Washington, DC : USAID. Disponible sur : <http://www.synergyaids.com/documents/VCTDisclosureReport.pdf>.
- Ward, J. 2002. *If Not Now, When? Addressing Gender-Based Violence in Refugee, Internally Displaced, and Post-conflict Settings : A Global Review*. New York : The Reproductive Health for Refugees Consortium. Disponible sur : <http://www.rhrc.org/resources/gbv/ifnotnow.html>.
- Warshaw, C. et A.L. Ganley. 1998. *Improving the Health Care Response to Domestic Violence : A Resource Manual for Health Care Providers*. San Francisco : Family Violence Prevention Fund. Disponible sur : <http://endabuse.org/programs/display.php3?DocID=238>.
- Wingood, G. et R. DiClemente. 1997. « The Effects of an Abusive Primary Partner on the Condom Use and Sexual Negotiation Practices of African-American Women ». *American Journal of Public Health*. 87 : 1016-1018. Disponible sur : <http://www.ajph.org/cgi/reprint/87/6/1016>.
- World Health Organization (WHO/OMC). 2001. *Putting Women First : Ethical and Safety Recommendations for Research on Domestic Violence Against Women*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé.

WHO/OMC. 2002. *Multi-Country Study on Women's Health and Life Events Final Core Questionnaire (Version 9.9)*. Genève : OMC.

Wyatt, G. E., H. F. Myers, J. K. Williams, C. Ramirez-Kitchen, T. Loeb, J. Vargas-Carmona, L. E. Wyatt, D. Chin et N. Presley. 2002. « Does a History of Trauma Contribute to HIV Risk for Women of Color? Implications for Prevention and Policy ». *American Journal of Public Health* 92(4) : 660–665.

Zierler S., W.E. Cunningham, R. Andersen, M.F. Shapiro, T. Nakazono, S. Morton, S. Crystal, M. Stein, B. Turner, P. St. Clair et S.A. Bozzette. 2000. « Violence Victimization after HIV Infection in a US Probability Sample of Adult Patients in Primary Care ». *American Journal of Public Health* 90(2) : 208-15.

L'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID)

1300 Pennsylvania Avenue, NW

Washington, DC 20523

Tel: (202) 712-0000

Fax: (202) 216-3524

www.usaid.gov