



Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes
et l'autonomisation des femmes

Module de programmation

sur le travail avec le secteur de la santé pour Mettre Fin à la violence contre les femmes et les filles

Développé par:

Jeanne Ward based on the work of Jill Gay and Dina Deligiorgis with contributions from Bonnie Shepard on behalf of UNFPA, Natalia Macdonald and Julie Lafreniere

Examen technique et de la rétroaction fournie par:

Deborah Billings, PhD, University of South Carolina, Health Promotion, Education and Behavior, Arnold School of Public Health; Women's and Gender Studies

Manuela Colombini, London School of Hygiene and Tropical Medicine

Suzanne Maman, University of North Carolina at Chapel Hill

Brigid McKaw, Medical Director, Family Violence Prevention Center, Kaiser Permanente

Partenaire de l'Agence:



INTRODUCTION ET CONCEPTS CLÉS

- **Pourquoi le secteur de la santé est-il essentiel dans la lutte contre la violence à l'égard des femmes ?**
 - Le secteur de la santé est un point de départ clé pour les survivantes de la violence.
 - Le secteur de la santé a la responsabilité de dispenser des soins de qualité.
 - Le secteur de la santé joue un rôle décisif dans la prévention de la violence.
 - La programmation des activités du secteur de la santé en matière de prévention et d'intervention peut réduire les coûts économiques et de développement imposés à la société du fait de la violence à l'égard des femmes.
 - Les services de santé pour les survivantes de la violence constituent un droit fondamental de la personne.
- **Quels sont les éléments clés d'une approche globale du secteur de la santé en matière de violence à l'égard des femmes et des filles ?**
 - Application de bonnes pratiques éprouvées du secteur de la santé contre la violence à l'égard des femmes.
 - Élaboration de modèles théoriques pilotes pour la mise au point d'une approche globale.
 - Approche systémique de la prestation de services de santé.
 - Approche intégrée de la prestation de services de santé.
 - Adaptation et hiérarchisation des approches du secteur de la santé compte tenu des contextes et des niveaux de ressources : des services essentiels aux soins complets.

PRINCIPES DIRECTEURS

- **Aperçu des principes fondamentaux**
 - Approche axée sur les droits de la personne.
 - Approche axée sur les survivantes.
 - Approche axée sur la qualité des soins.
 - Approche axée sur l'éthique médicale.
- **Normes des prestations de services de santé**

QUE FAIRE POUR LANCER UNE STRATÉGIE DE LA SANTÉ PUBLIQUE CONTRE LA VIOLENCE À L'ÉGARD DES FEMMES OU POUR AMÉLIORER UNE TELLE STRATÉGIE ?

- Procéder à une analyse situationnelle du secteur de la santé

- Instituer un comité multisectoriel de parties prenantes pour la coordination des actions au niveau national et local
- S'assurer de la mise en place de mesures législatives adaptées
- Élaborer des programmes ou plans d'action au niveau national ou sous-national sur une approche globale du secteur de la santé contre la violence à l'égard des femmes
- S'assurer de l'adoption de protocoles et/ou directives encourageant la mise en œuvre cohérente de programmes au niveau national et sous-national
- Élaborer un dispositif de contrôle du secteur de la santé publique en matière de violence à l'égard des femmes
- Garantir un niveau de financement suffisant pour permettre au secteur de la santé de combattre la violence à l'égard des femmes

COMMENT LES PROGRAMMES SANITAIRES SONT-ILS ÉLABORÉS ET MIS EN PRATIQUE AU NIVEAU DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ?

- **Renforcer les moyens institutionnels de lutte contre la violence à l'égard des femmes dans les hôpitaux, les dispensaires et autres établissements de soins primaires et secondaires.**
 - Entreprendre une évaluation des besoins de l'établissement;
 - Élaborer des politiques, des protocoles écrits et des programmes qui visent à encourager l'intégration des services de lutte contre la violence à l'égard des femmes à tous les niveaux de l'établissement;
 - Organiser des activités de formation et de sensibilisation du personnel;
 - Renforcer l'infrastructure de l'établissement;
 - Envisager un dépistage systématique;
 - Assurer la disponibilité de services d'urgence et de non-urgence :
 - Examens médico-légaux 24 heures sur 24;
 - Évaluation et planification de la sécurité;
 - Soins et traitement psychologique;
 - Avortement médicalisé;
 - Établir un dispositif de suivi et d'évaluation du niveau des prestations et de la qualité des soins;
 - Produire du matériel pédagogique et d'information et mener des actions de sensibilisation communautaire sur la disponibilité des services d'appui;
 - Assurer la coordination et l'orientation;
 - Développer des programmations de prévention communautaires;
 - Garantir le financement.

- **Intégrer l'appui et l'aide aux survivantes de la violence dans les programmes de santé reproductive.**
- **Relier la programmation sur le VIH/sida à celle de la prévention et de l'intervention contre la violence à l'égard des femmes.**
 - Comprendre les liens entre le VIH / sida et la violence contre les femmes et les filles ;
 - Les grandes orientations et des recommandations pratiques pour l'intégration de la violence contre les femmes et les filles et le VIH
 - Vue d'ensemble
 - Droit et la réforme des politiques
 - Réforme du système sanitaire
 - Prévention
 - **Les domaines spécifiques d'intégration de la violence contre les femmes et les filles de programmation sur le VIH de programmation**
 - Procéder à une analyse de la situation
 - Conseil et dépistage volontaire du VIH
 - Prévention de la transmission périnatale (également connu sous le nom de prévention de la transmission mère-enfant)
 - Assister à la violence contre les femmes séropositives
- **Établir des services d'appui spécialisés pour les victimes de la violence dans les établissements de soins et la collectivité**
 - Programmes de formation pour le personnel infirmier chargé d'examiner les victimes d'agressions sexuelles;
 - Centres de services aux victimes de la violence entre partenaires intimes et/ou d'agressions sexuelles (connus également comme centres de services intégrés);
 - Centres de secours aux victimes de viol.

QUELLES SONT LES PARTICULARITÉS DONT IL FAUT TENIR COMPTE LORSQUE L'ON TRAVAILLE AVEC CERTAINS SEGMENTS DÉMOGRAPHIQUES ?

- Adolescentes
- Femmes handicapées
- Travailleuses du sexe
- Migrantes
- Femmes et filles victimes de la traite

SUIVI ET ÉVALUATION

- Pourquoi évaluer les initiatives du secteur de la santé?
- Conduite du suivi et évaluation
- Indicateurs
- État des lieux

- Évaluation du niveau de connaissances, des attitudes et des pratiques des prestataires concernant la violence à l'égard des femmes et des filles
- Évaluation de l'adéquation de l'infrastructure et des capacités des établissements de santé
- Évaluation des expériences des femmes concernant les soins de santé
- Évaluation du respect des politiques et des protocoles

REFERENCES

Introduction et Concepts Clés

I. Pourquoi le secteur de la santé est-il essentiel dans la lutte contre la violence à l'égard des femmes?

A. Le secteur de la santé est un point de départ clé pour les survivantes de la violence.

- La plupart des femmes et des filles victimes de la violence risquent de n'en parler à personne (UNIFEM, 2003a; [OMS, 2009](#)). Toutefois, ces victimes et/ou victimes potentielles de la violence feront vraisemblablement appel aux services de santé à un moment ou un autre de leur vie, pour des examens médicaux périodiques, des traitements de santé sexuelle et reproductive, des soins d'urgence, etc. En réalité, les femmes victimes de la violence seront probablement même plus enclines que les non-victimes à solliciter des soins médicaux. (Golding, 1988; Koss, Koss, & Woodruff, 1991; Kimmerling & Calhoun, 1994, cité dans Weaver & Resnick, 2000; Campbell, 2002).
- Les prestataires de services sont de ce fait mieux placés que quiconque pour dépister les victimes de la violence et leur offrir un traitement et des orientations adaptés. Dans les situations où les prestataires de services médicaux ont reçu une formation appropriée et se montrent sensibles et attentifs, la plupart des femmes répondent volontiers aux questions relatives à leurs expériences avec la violence (Battaglia, Finley & Liebschutz, 2003; McAfee, 1995; Littleton, Berenson & Breitkopf, 2007, cité dans Stevens, 2007).
- [Les services de santé sexuelle et reproductive](#) peuvent constituer un point de départ particulièrement important pour les victimes de la violence. Le taux des femmes et des filles qui signalent les cas de violence peut être plus élevé parmi les patientes des services de santé sexuelle et reproductive que parmi celles qui en parlent à l'occasion d'enquêtes démographiques (Luciano, 2007), pour diverses raisons. Toutefois, le point commun de la plupart des services de santé sexuelle et reproductive, notamment les services prénatals, les examens de grossesse, les soins de santé maternelle et infantile, la planification familiale, le traitement des infections sexuellement transmissibles (IST) et du VIH, est que les femmes et les filles qui y ont recours ont eu des rapports sexuels à risque. S'il est vrai que beaucoup de celles-ci ont pu avoir ce type de rapports en connaissance de cause, d'autres y ont été contraintes ou forcées. Les services de santé sexuelle et reproductive

sont également mieux placés pour reconnaître les femmes victimes de sévices car ils ont l'habitude de suivre leurs patientes dans le temps.

B. Le secteur de la santé a la responsabilité de dispenser des soins de qualité.

1. La violence à l'égard des femmes et des filles est une cause majeure de morbidité et de mortalité.

- De manière générale, les femmes et les filles ne recherchent pas des soins médicaux directement liés à leur condition de victimes de la violence, ou n'admettent pas aux prestataires de services qu'elles sollicitent une aide en tant que telles. La violence à l'égard des femmes est néanmoins associée à un grand nombre de graves problèmes de santé, qui ne se manifestent pas seulement au moment où cette violence se produit, mais tout au long d'une vie.
- La violence à l'égard des femmes et des filles est perçue de manière croissante comme un facteur de risque de multiples maladies et problèmes de santé, pas simplement comme un problème de santé en soi. L'exposition à la violence physique et sexuelle risque de provoquer toute une série de problèmes de santé immédiats et chroniques directement liés à l'agression sexuelle, et de contribuer aux comportements nuisibles à la santé et au bien-être à long terme, comme la consommation de tabac, d'alcool et de drogue. (Brenner, McMahon, Warren & Douglas, 1999).

EXEMPLES D'ISSUES FATALES LIÉES À LA VIOLENCE SEXUELLE ET À LA VIOLENCE ENTRE PARTENAIRES INTIMES

- Homicide
- Suicide
- Mortalité maternelle
- Mortalité infantile
- Mortalité liée au sida

EXEMPLES D'ISSUES NON-FATALES LIÉES À LA VIOLENCE SEXUELLE ET À LA VIOLENCE ENTRE PARTENAIRES INTIMES

Affections physiques aiguës	Affections physiques chroniques	Santé reproductive	Santé mentale	Vie sociale/ Bien-être
<ul style="list-style-type: none"> • Blessures • État de choc • Maladie • Infection 	<ul style="list-style-type: none"> • Handicaps • Affections somatiques • Infections chroniques • Douleurs chroniques • Affections gastro-intestinales chroniques • Troubles de l'alimentation • Troubles du sommeil • Alcoolisme/toxicomanie • Migraines • Fatigue • Fibromyalgie • Obésité ou anorexie 	<ul style="list-style-type: none"> • Fausse couche • Grossesse non désirée • Avortement non médicalisé • IST, notamment VIH • Troubles menstruels • Complications de grossesse • Problèmes gynécologiques (inflammation pelvienne) • Cancer cervical • Troubles sexuels 	<ul style="list-style-type: none"> • Stress post-traumatique • Dépression • Angoisse, peur • Colère, agressivité • Honte, insécurité, haine de soi, auto-culpabilisation • Pensées suicidaires • Faible estime de soi 	<ul style="list-style-type: none"> • Isolement • Stigmatisation • Perte des fonctions sociétales (garde des enfants, gagner de l'argent) • Comportements sexuels à risque

Source : Pour les conséquences sur la santé de la violence sexuelle et de la violence entre partenaires intimes indiquées ci-dessus, voir Campbell, 2007; Heise et Garcia-Moreno, 2002; Ellsberg, 2006; Garcia-Moreno et Stockl, 2009 et la [page web](#) (en anglais) de la Banque mondiale sur la violence sexiste, la santé et le rôle du secteur de la santé.

- La violence à l'égard des femmes peut également influencer l'état de santé de la mère et la morbidité et la mortalité du nourrisson et de l'enfant. Bien que souvent ignorée des examens médicaux, la violence entre partenaires intimes, lorsqu'elle est abordée lors des examens prénatals, figure parmi les antécédents les plus fréquemment cités des problèmes de santé (Ellsberg, 2006). La violence est en effet susceptible de provoquer des problèmes à l'accouchement, comme un poids insuffisant à la naissance, des accouchements prématurés, des naissances avant terme, des fausses couches et la perte du fœtus (Campbell, Garcia-Moreno et Sharps, 2004; Ellsberg et al., 2008; Garcia-Moreno, 2009).
- Les filles ayant subi des [abus sexuels dans l'enfance](#) peuvent être plus portées à avoir des comportements sexuels à risque plus tard dans la vie, ce qui les expose davantage aux maladies sexuellement transmissibles et aux grossesses précoces (OMS, 1997, cité dans Ward et al., 2005).
- Les filles qui sont forcées ou contraintes à des mariages précoces (avant 18 ans) risquent de souffrir de multiples problèmes de santé. Les complications provoquées par la grossesse et la maternité sont la cause principale de mortalité des filles de 15 à 19 ans dans le monde (Black, 2001, cité dans Ward et al., 2005). Les filles qui se marient jeunes peuvent également courir de plus grands risques de violence conjugale, en particulier chez les couples où le mari est bien plus âgé (Ward et al., 2005).
- La mutilation/coupure génitale féminine (M/CGF), considérée comme une forme de violence à l'égard des femmes, a également toute une gamme de conséquences sur la santé maternelle et infantile.

Séquelles obstétriques de la M/CGF chez les femmes jeunes	Séquelles de la M/CGF en période de grossesse et à l'accouchement
Effets prénatals : <ul style="list-style-type: none"> • Grossesse en présence d'un minuscule introïtus vaginal (petite ouverture qui reste après l'infibulation) • Peur du travail et de l'accouchement en raison de la petite ouverture de l'introïtus vaginal • Examen vaginal prénatal difficile • Cicatrice douloureuse 	Effets prénatals : <ul style="list-style-type: none"> • Hémorragies • Infection • Lésion fœtale
Effets pendant le travail et l'accouchement: <ul style="list-style-type: none"> • Rétention d'urine pendant le travail • Évaluation difficile de la progression 	Effets pendant le travail et à l'accouchement : <ul style="list-style-type: none"> • Travail avant terme • Obstruction nécessitant une

du travail <ul style="list-style-type: none"> • Travail prolongé et/ou obstruction • Souffrance fœtale • Épisiotomies et déchirures périnéales • Hémorragies postnatales • Décès de la mère • Décès du fœtus • Infection des lésions génitales postnatales 	césarienne <ul style="list-style-type: none"> • Travail difficile • Décès de la mère • Décès du fœtus
---	--

Source : Organisation mondiale de la santé. 2000. *A Systematic Review of the Health Complications of Female Genital Mutilation Including Sequelae in Childbirth [Examen systématique des complications de la mutilation génitale féminine, notamment des séquelles à l'accouchement]*. Genève : OMS. Voir aussi la [page web](#) de l'Organisation mondiale de la santé sur la mutilation génitale féminine.

- La violence à l'égard des femmes et des filles a également des incidences dans le **domaine de la santé sociale**, car elle risque d'enrayer le fonctionnement relationnel, familial et professionnel, empêchant les victimes de la violence de donner la pleine mesure de leurs capacités, de participer à la vie sociale et d'apporter leur contribution à la société (Golding, 1996).

Ressources supplémentaires :

- Voir la [page de référence](#) de l'Organisation mondiale de la santé sur les incidences sanitaires des différentes formes de violence à l'égard des femmes.

2. Les victimes de la violence qui se rendent dans un dispensaire dont le personnel n'est pas formé à reconnaître et à traiter la violence à l'égard des femmes risquent d'être victimes d'erreurs de diagnostic et de recevoir des soins inadaptés.

- Les prestataires de soins de santé qui n'ont pas reçu la formation nécessaire pour traiter les conséquences de la violence à l'égard des femmes ne sont pas en mesure de détecter les symptômes de violence, ce qui ne leur permet pas de dispenser des soins appropriés à la victime et/ou de l'aiguiller vers les services adaptés à leurs besoins affectifs, juridiques, de logement et ainsi que vers des services d'autre nature susceptibles de les aider et de mettre fin à la maltraitance.

- Les prestataires de soins de santé qui ont-elles-mêmes/eux-mêmes été victimes de la violence et qui n'ont pas la formation et l'encadrement professionnels nécessaires risquent de ne pas aborder cette question lors de leur contact avec les survivantes qui sollicitent leur assistance.
- Ignorer les implications de la violence sur la santé n'est pas simplement une occasion manquée, mais une violation de la [déontologie médicale](#). Les prestataires de service risquent de ne pas fournir un traitement holistique, de ne pas reconnaître les femmes en danger, ou de ne pas offrir des services de santé adaptés, voire nécessaires pour la survie, comme le traitement des maladies infectieuses et/ou de la prophylaxie post-exposition au VIH.
- En outre, les prestataires de services n'ayant pas reçu de formation en matière de violence à l'égard des femmes risquent d'adopter des attitudes culpabilisantes pour les patientes qui font état d'incidents violents, contribuant ainsi à aggraver leur état affectif (Kim et Motsei, 2002) et à les dissuader de solliciter des soins. Les prestataires de services devraient pour le moins « ne pas nuire » aux victimes de la violence lors des prises de contact, de manière à ne pas les « revictimiser ».
- Lorsque les prestataires de services de santé n'ont pas été formés aux [principes directeurs](#) du traitement des victimes de la violence, comme par exemple en ne pas tenant compte du [caractère confidentiel](#) des rapports avec les patientes, celles-ci risquent de subir de nouvelles violences de la part de leurs partenaires et/ou des membres de leur famille (Banque mondiale, 2002).

C. Le secteur de la santé joue un rôle décisif dans la prévention de la violence.

- Le secteur de la santé peut jouer un rôle déterminant dans la prévention de la violence en contribuant au changement des mentalités et des comportements qui encouragent la violence à l'égard des femmes, pas seulement chez les prestataires de services de santé et autre personnel médical, mais aussi parmi les membres de la collectivité.
- **À l'échelle nationale**, le secteur de la santé peut élaborer des [mesures législatives et des politiques nationales](#), garantir leur [financement](#) et mener des campagnes pour la santé publique afin de faire prendre conscience du caractère inadmissible de la violence à l'égard des femmes.

- **Au niveau institutionnel**, les prestataires de services peuvent [élaborer des programmes de prévention](#) qui s'adressent aux collectivités locales.
- **Dans les établissements de santé**, les prestataires de soins et autres personnels des services de santé pourraient participer à des [formations](#) sur les moyens de contester les préjugés et comportements nuisibles des agents sanitaires et faire en sorte que les rapports du personnel sanitaire avec les victimes de la violence soient rassurants plutôt que culpabilisants, qu'ils [reposent sur les principes des droits de la personne](#) et conformes à une approche [axée sur les besoins des victimes](#). Les établissements de santé peuvent également réaffirmer le [caractère inadmissible](#) de la violence à l'égard des femmes par la distribution de matériel d'information, tel que brochures et affiches, dans les salles d'attente des hôpitaux et des dispensaires.
- Les prestataires de service peuvent participer, en tant qu'agents de vulgarisation sanitaire et agents itinérants, à des émissions radio et à des événements communautaires (manifestations spéciales, visites d'écoles et des lieux de travail). Cette présence est de nature à renforcer la confiance dans l'action du secteur de la santé et à inciter les victimes de la violence à se faire connaître, à rapporter les sévices subis et à recevoir des soins et une orientation appropriés.
- De nombreuses autres actions du secteur de la santé qui ne sont pas perçues comme se rattachant directement à la prévention de la violence à l'égard des femmes contribuent néanmoins aux efforts visant à combattre ce fléau. On en trouvera quelques exemples ci-dessous.

Prévention de la violence et des préjudices corporels : rôle du secteur de la santé

Tâches principales

- Mettre en place un dispositif de surveillance pour saisir l'incidence et la prévalence des préjudices corporels;
- Collecter, analyser et diffuser des données sur la gravité et les conséquences sur la santé de la violence et des préjudices corporels;
- Faire campagne pour la prévention et le contrôle de la violence et des préjudices corporels;
- Encourager l'élaboration de programmes contre la violence et les préjudices corporels;

- Créer des services de prévention dans le secteur de la santé;
- Fournir des soins d'urgence pré-hospitaliers en coordination avec la police et autres services d'urgence;
- Fournir des soins d'urgence aux personnes blessées dans les établissements de santé;
- Fournir des soins de réhabilitation aux personnes ayant subi des blessures;
- Évaluer les interventions liées à la prévention de la violence et des préjudices corporels à l'aide d'une méthodologie scientifique;
- Apporter un soutien et/ou fournir des installations d'analyse médico-légale, notamment dans les situations de violence sexuelle;
- Former les prestataires des services de santé publique et de soins médicaux aux problèmes liés à la prévention des préjudices corporels et aux soins des victimes.

Autres tâches

- Collecter des données sur les facteurs de risque et de protection;
- Élaborer et mettre en œuvre des actions d'information, d'éducation et de communication visant à prévenir la violence et les préjudices corporels;
- Animer l'élaboration de programmes;
- Assurer le leadership et la coordination;
- Préconiser des changements de la législation en vigueur;
- Proposer de nouvelles réglementations;
- Effectuer des recherches.

Extrait de : [Developing National Policies to Prevent Violence and Injuries : a Guideline for Policy-Makers and Planners](#), p. 11. [Mise en place de programmes d'action nationale en matière de prévention de la violence et des préjudices corporels : Directives aux responsables politiques et programmeurs], Organisation mondiale de la santé, 2005a.

Ressources supplémentaires :

- Pour de plus amples renseignements sur la prévention, on consultera la présentation générale sur la [prévention primaire](#) et le module consacré à la [prévention primaire](#).
- ***Preventing Intimate Partner and Sexual Violence against Women: Taking Action and Generating Evidence*** [Prévention de la violence conjugale et sexuelle à l'égard des femmes : prendre des dispositions et fournir des preuves]. (Organisation mondiale de la santé/London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2010). Disponible en [anglais](#).
- **Site web sur la prévention de la violence.** Disponible en [anglais](#).
- **Site web de Prevention Connection.** Disponible en [anglais](#).
- **Site web du Prevention Institute.** Disponible en [anglais](#).

D. Les programmes de prévention et d'intervention du secteur de la santé peuvent réduire les coûts économiques et de développement imposés à la société par la violence à l'égard des femmes.

1. La violence à l'égard des femmes coûte cher à la société.

- L'intensification des efforts de lutte contre la violence à l'égard des femmes est indispensable non seulement parce que les femmes ont le droit de vivre à l'abri de la violence, mais aussi parce que la violence entraîne des coûts considérables sur le plan socio-économique. La violence n'est pas seulement un facteur d'appauvrissement personnel, mais aussi collectif et national, qui se manifeste sous des formes diverses :
 - Perte de journées de travail, productivité et rémunérations plus faibles;
 - Participation et perspectives réduites ou manquées dans les domaines de l'éducation, de l'emploi, social ou politique;
 - Dépenses (au niveau des budgets individuels, familiaux et publics) pour les soins médicaux, les services de protection, ainsi que les services judiciaires et sociaux.

- La violence à l'égard des femmes et des filles grève les ressources nationales existantes et entrave la capacité de celles-ci à contribuer au progrès social et économique. Dans certaines régions industrialisées, les coûts annuels de la violence entre partenaires intimes se chiffrent, selon les estimations, à des milliards de dollars. Les dépenses publiques pour un seul acte de viol aux États-Unis, lorsque l'on comptabilise les coûts tangibles et intangibles, peuvent atteindre les 100 000 dollars (Post et al., 2002, cité dans Ward et al., 2005).

- Le secteur de la santé est directement touché par ces coûts, surtout lorsqu'on tient compte du fardeau supplémentaire que placent sur ses services les soins dispensés aux victimes de la violence.
 - En Ouganda, le coût annuel du personnel hospitalier soignant les victimes de la violence conjugale s'élève à 1,2 million de dollars (CIRF, 2009).
 - En Jamaïque, rien que dans un hôpital de Kingston, les coûts des soins dispensés aux victimes de la violence conjugale sont estimés à près d'un demi-million de dollars depuis 1991. Voir la [page web](#) de la Banque mondiale (en anglais) sur la violence sexiste, la santé et le rôle du secteur de la santé.

- Dans une étude menée en 2002, la première jamais réalisée pour déterminer la charge de morbidité de la violence entre partenaires intimes, les autorités australiennes ont constaté que, chez les femmes de moins de 45 ans, le phénomène provoquait plus de problèmes de santé évitables et de décès prématurés que l'hypertension artérielle, l'obésité ou le tabagisme (Gouvernement de l'État de Victoria, Australia Victorian Health Promotion Foundation, 2004).
- Les coûts liés à la violence conjugale aux États-Unis s'élevaient à plus de 5,8 milliards de dollars par an, dont 4,1 milliards représentaient le coût direct des services médicaux et des soins psychologiques (CDC, 2003).

Ressources supplémentaires :

- **Fiche technique sur les coûts de la violence sexuelle.** Cette fiche, produite par le *Minnesota Department of Health* (Services de la santé du Minnesota), permet aux animateurs de programme et aux activistes d'alerter l'opinion aux coûts de la violence à l'égard des femmes en milieu urbain. Les précisions qu'elle fournit peuvent servir à prouver que la prévention de la violence sexiste est bien plus rentable financièrement que le laxisme en la matière. Disponible en [anglais](#).
- **Voir [Conséquences et Coûts](#)** dans le module [Éléments essentiels de la programmation](#) pour des statistiques complémentaires et des rapports et outils d'évaluation des coûts avec exemples.

2. L'intervention et la prévention contre la violence à l'égard des femmes sont des éléments essentiels de la réalisation des objectifs de santé du Millénaire pour le développement.

- La [Déclaration du Millénaire](#) (2000), adoptée par 189 pays, réaffirme que la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) passe obligatoirement par « la lutte contre toutes les formes de violence contre les femmes et l'application de la Convention pour l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes » (Assemblée générale des Nations Unies. Déclaration du Millénaire des Nations Unies. Résolution *A/55/L.2*). Le Secrétaire général des Nations Unies a lancé en 2008 une campagne sans précédent, [Tous unis pour mettre fin à la violence à l'égard des femmes](#), qui se prolongera jusqu'en 2015 pour correspondre aux échéances fixées pour la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. La violence à l'égard des femmes et des filles nuit à la réalisation des OMD, non seulement parce que l'égalité des sexes est une priorité commune à tous les OMD, mais aussi du fait de

son impact direct sur la réalisation de six de ces objectifs. Voir aussi [La violence à l'égard des femmes et les objectifs du Millénaire pour le développement](#) (en anglais), [La justice pour les femmes : la clé pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement](#) (Chapitre 4) et le module [Éléments essentiels de la programmation](#).

- Les OMD visent en particulier des questions de santé comme la réduction de la mortalité infantile, l'amélioration de la santé maternelle et la lutte contre le VIH/sida, domaines dans lesquels il ne sera pas possible de progresser sans s'attaquer au problème de la violence à l'égard des femmes et des filles.
- Afin de contribuer à la réalisation des OMD, le secteur de la santé doit appréhender les relations qui existent entre la réalisation de ces objectifs et la lutte contre la violence à l'égard des femmes.

Violence à l'égard des femmes et objectifs du Millénaire pour le développement en rapport avec la santé

Objectif n° 4 : Réduire la mortalité infantile.

La violence à l'égard des femmes est directement liée à la mortalité infantile. Outre les millions de filles qui « manquent à l'appel » comme suite directe de pratiques discriminatoires sexistes telles que l'avortement sélectif en fonction du sexe du fœtus, l'infanticide féminin et l'alimentation différenciée, force est de constater que les enfants de femmes victimes de la violence dans leurs relations personnelles courent un risque considérablement plus grand de mourir avant l'âge de cinq ans. La coutume du mariage précoce augmente le risque de mortalité infantile; les enfants nés d'une mère ayant moins de 18 ans courent des risques de décès dans leur première année de vie supérieurs de 60 % à ceux d'un enfant nés d'une mère de plus de 18 ans (Black, 2001, cité dans Ward et al., 2005).

Objectif n° 5 : Améliorer la santé maternelle.

La violence entre partenaires intimes pendant la grossesse figurent parmi les problèmes de santé dépistés lors des examens médicaux prénatals (Ellsberg, 2006); elle est associée aux grossesses à problèmes, comme l'insuffisance pondérale à la naissance, le travail prématuré, les accouchements avant terme, les fausses couches et la perte du fœtus (Campbell, Garcia-Moreno, et Sharps, 2004; Ellsberg et al., 2008, Garcia-Moreno, 2009). Les mariages et les grossesses précoces comportent également des risques pour la santé de la mère; les complications de la grossesse ou de l'accouchement figurent parmi les causes principales de mortalité des filles de 15 à 19 ans. Les statistiques indiquent que pour chaque fille qui meurt au cours de la grossesse ou lors de

l'accouchement, une trentaine d'autres souffrent de lésions, d'infections et de handicaps physiques (Black, 2001).

Objectif n° 6 : Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies

La « féminisation » du VIH/sida, notamment en Afrique subsaharienne et parmi les adolescentes et les jeunes femmes, peut être directement liée aux formes multiples de violence à l'égard des femmes, depuis l'agression et l'exploitation sexuelle jusqu'aux actes de violence commis par les partenaires intimes. À titre d'exemple, les filles engagées dans des relations violentes sont moins susceptibles de négocier l'utilisation du préservatif et de solliciter des soins pour des maladies sexuellement transmissibles, notamment le VIH/sida.

Les recherches menées en Afrique et en Inde révèlent que les femmes victimes de maltraitance aux mains de leur partenaire courent plus de risques de contracter le VIH (A. Van der Straten et al., 1995 et 1998; S. Maman et al., 2002; KL Dunkle et al., 2004; R. Jewkes et al., 2010). Ces risques se multiplient pour les filles qui se marient jeunes : des études indiquent que les taux de VIH sont plus élevés parmi les jeunes femmes mariées que parmi leurs homologues célibataires (Black, 2001; Otoo-Oyortey et Pobi, 2003).

Voir également **Les faits : Mettre fin à la violence à l'égard des femmes et objectifs du Millénaire pour le développement** (UNIFEM, compilation, 2010). Disponible en [français](#), en [anglais](#) et en [espagnol](#).

Extrait de : Ward, 2007 et adapté à partir de « *Strengthening Women's Rights : Ending Violence against Women and Girls – Protecting Human Rights* » [*Renforcer les droits des femmes: mettre fin à la violence à l'égard des femmes et des filles – protéger les droits de la personne*], Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ), (Eschborn, 2006) p. 26-31.

E. Les services de santé pour les survivantes de la violence constituent un droit fondamental de la personne.

- Un nombre croissant [d'engagements politiques et d'accords internationaux et régionaux](#) imposent aux gouvernements l'obligation de traiter la violence à l'égard de femmes comme une violation des droits de la personne. Il importe que les prestataires de services de santé connaissent et comprennent ces engagements et accords pour appliquer sur ces bases une [approche fondée sur les droits de la personne](#) et satisfaire aux obligations imposées par les instruments relatifs à ces droits.
- Les prestataires de services de santé doivent également comprendre les manières dont le milieu culturel et le groupe social où ils évoluent ne respectent pas ces droits de la personne, ainsi que les facteurs structurels

et culturels qui contribuent à la violence à l'égard des femmes et des filles, faute de quoi ils ne peuvent pas dispenser des soins qui soient humains, complets et efficaces.

- Compte tenu de l'omniprésence dans la plupart des cultures d'attitudes discriminatoires à l'égard du genre et de la sexualité, la prise en compte et l'intégration de la problématique de la violence à l'égard des femmes dans le secteur de la santé sont une œuvre de longue haleine. La lutte contre l'inégalité des sexes exige un investissement dans la transformation culturelle de tous les agents intervenant dans le système de la santé.

II. Quels sont les éléments clés d'une approche globale du secteur de la santé en matière de violence à l'égard des femmes et des filles ?

A. Application de bonnes pratiques éprouvées du secteur de la santé contre la violence à l'égard des femmes.

- Malgré l'accumulation impressionnante de connaissances sur les principaux aspects de la programmation sanitaire dans la lutte contre la violence à l'égard des femmes, l'absence relative d'évaluations des programmes à l'échelle mondiale fait que l'on ne dispose pas d'éléments suffisants à partir desquels élaborer une approche sanitaire globale de la question.
- Plusieurs évaluations, de petite envergure pour la plupart, ont tout de même été réalisées, portant sur différents aspects des interventions sanitaires (notamment la [prévention primaire](#) et les réponses plus adaptées) face à la violence à l'égard des femmes. Ces évaluations comprennent :
 - [IPPF/Initiative régionale des droits de l'homme](#), Amérique latine
 - [PAHO/PATH](#), Amérique latine
 - [Stepping Stones](#), Afrique du Sud
 - [Radar/IMAGE](#), Afrique du Sud
 - [Minga Peru](#), Pérou
 - [Queen Mary's School of Medicine and Dentistry](#), Royaume-Uni
- Compte tenu des leçons tirées de ces programmes ainsi que d'autres, les approches de lutte contre la violence à l'égard des femmes et des filles utilisées par le secteur de la santé devraient généralement refléter les stratégies globales d'élimination de la violence à l'égard des femmes et s'inscrire dans le cadre de celles-ci. Les éléments clés d'une stratégie globale, qui figurent dans le module [Éléments essentiels de programmation](#), sont les suivants :

- [S'engager dans la lutte pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes](#), notamment en vue de la modification des normes relatives aux sexes et d'une coopération avec les hommes et les garçons;
 - [Présenter des mesures législatives ou réviser les mesures existantes](#);
 - [Adopter des politiques holistiques et multisectorielles et des plans d'action nationaux](#);
 - [Prévoir des ressources et des budgets](#);
 - [Encourager la prévention primaire](#) (dans tous les secteurs);
 - [Renforcer les secteurs clés](#);
 - [Assurer des interventions communautaires concertées](#) ;
 - [Travailler avec les groupes clés](#) ;
 - [Développer les capacités](#) ;
 - [Procéder à des recherches ainsi qu'à la collecte et à l'analyse de données](#);
 - [Veiller à la mise en place de mécanismes de surveillance et de responsabilisation au niveau national](#).
- Outre les éléments de stratégie globale mentionnés ci-dessus, les stratégies particulières au secteur de la santé visent à :
 - Appliquer une approche systémique dans les établissements de santé, portant notamment sur les politiques, les protocoles, l'infrastructure, les fournitures, les capacités du personnel à fournir un soutien médical et psychosocial, la formation du personnel et autres possibilités de développement professionnel, la documentation des cas et les systèmes de données, le fonctionnement des réseaux d'aiguillage, les évaluations de la sécurité et des dangers, entre autres points dignes d'intérêt dans les contextes et programmes spécifiques;
 - Favoriser l'adoption de [lois, programmes et protocoles](#) d'aide intégrée aux victimes de la violence et s'assurer que les prestataires de services comprennent les lois, programmes et protocoles correspondants;
 - Investir dans [le matériel et les fournitures](#) nécessaires aux soins intégrés;
 - Garantir des interventions de qualité, par le biais de [centres de services intégrés](#), de [services regroupés](#) dans le même établissement, ou de [systèmes d'orientation](#) vers d'autres établissements de santé ou de services non-médicaux (police, services sociaux et juridiques);
 - Établir des systèmes normalisés de [collecte de données et de gestion](#) à l'intérieur et dans l'ensemble des établissements de santé;
 - Institutionnaliser la [formation des prestataires de service](#);

- Accroître la disponibilité des [examens médico-légaux](#), par exemple en ayant recours l'utilisation de [personnel infirmier examinateur judiciaire](#);
 - Améliorer [le suivi et l'évaluation](#) de la qualité des soins;
 - Dispenser une [éducation communautaire](#) sur la violence à l'égard des femmes et assurer l'accès aux services;
 - Satisfaire les besoins de [certains groupes démographiques](#), notamment les [adolescentes](#), les [femmes handicapées](#), les [travailleuses du sexe](#), les [peuples autochtones ou les minorités ethniques](#), et les [femmes séropositives au VIH](#).
- Il importe également que le secteur de la santé comprenne les responsabilités inhérentes au type de violence auquel il s'attaque.
 - À titre d'exemple, l'encadré ci-dessous présente les principaux éléments d'une approche intégrée des services de soins pour les victimes de violences sexuelles.

Éléments d'un modèle intégré de soins, d'appui et de prévention de la violence sexuelle et sexiste

1. Prise en charge médicale des survivantes de violences sexuelles au premier contact avec elles;
2. Conseils psychologiques aux victimes de viol;
3. Approches sensibles et respectueuses des enfants (des deux sexes) victimes de la violence sexuelle, qui encouragent les victimes masculines à se confier;
4. Collecte de preuves médico-légales (réunies dans l'établissement de soins pendant l'examen de la victime et/ou au poste de police) et constitution d'un dossier de preuves utilisables dans les poursuites judiciaires;
5. Établissement de rapports étroits entre la police et les établissements de santé afin de permettre l'aiguillage des victimes vers l'un ou l'autre des services. Veiller à ce que les tribunaux donnent suite à l'action judiciaire entamée par la police.
6. Élaboration de nouveaux programmes renforcés d'action communautaire de prévention qui soient pertinents et adaptés à la situation locale et directement rattachés aux instances médicales ou de police de proximité.
7. Lutte contre la violence physique (et psychologique ou affective) entre partenaires conjugaux ou intimes sous la forme de :
 - Diffusion de messages dans le cadre de programmes de prévention;
 - Dépistage de signes et symptômes de violence à l'occasion d'examens médicaux.

Extrait de Conseil de population, 2008b. [Sexual and Gender Based Violence in Africa: A Literature Review](#), [Violence sexuelle et sexiste en Afrique : une analyse documentaire], p. 2.

- Les responsabilités qui incombent aux principales parties intéressées du secteur de la santé en matière de **violence entre partenaires intimes** sont indiquées ci-dessous (classées par ordre hiérarchique dans le système de santé, depuis les prestataires de service individuels jusqu'au ministère de la Santé).

TABLEAU 1 : Lutte contre la violence entre partenaires intimes, selon le prestataire de service

Infirmière/Infirmier/ Agent de santé	Dispensaire	Hôpital	Ministère de la santé
<p>S'informer des formes, de la gravité et des causes profondes de la violence;</p> <p>Dépister les cas de maltraitance lors des consultations de santé reproductive;</p> <p>Rassurer les femmes sur le plan affectif, acceptant leur version des faits, sans porter de jugement et en étant disposé(e) à écouter;</p> <p>Fournir des soins médicaux adaptés (contraception d'urgence, examens de grossesse, tests et traitement des IST et du VIH);</p> <p>Documenter les conséquences médicales de la violence;</p> <p>Garantir la confidentialité;</p>	<p>Formuler des programmes sur la violence à l'égard des femmes;</p> <p>Prévoir des espaces privés pour consultations chaque fois que nécessaire;</p> <p>Exposer des affiches et distribuer des dépliants dénonçant la violence à l'égard des femmes;</p> <p>Encourager le personnel souhaitant aider les victimes de la violence et faciliter son accès à une formation adaptée;</p> <p>Aider le personnel victime de la violence d'un partenaire intime;</p> <p>Établir des liens</p>	<p>Accepter des références et servir de point de référence pour les dispensaires ou établissements ayant des programmes de lutte contre la violence à l'égard des femmes;</p> <p>Formuler des protocoles sur la prise en charge du viol, des abus sexuels envers les enfants et des autres formes de violence;</p> <p>Veiller à ce que le personnel soit formé pour traiter les cas de viols, d'abus sexuels envers les enfants et autres formes de violence;</p> <p>Publier des déclarations sur le caractère inadmissible de la violence;</p> <p>Encourager le personnel qui</p>	<p>Dénoncer publiquement la violence à l'égard des femmes;</p> <p>S'informer des différentes formes, causes sous-jacentes et conséquences de la violence;</p> <p>Favoriser le développement de politiques et de protocoles sur les différentes formes de violence à l'égard des femmes;</p> <p>Intégrer dans la formation des agents de santé du matériel d'enseignement spécialisé sur la violence à l'égard des femmes;</p> <p>Suivre et évaluer les actions visant à remédier à la violence entre partenaires intimes;</p>

Orienter les femmes vers les services et ressources communautaires, là où il en existe.	avec d'autres organisations locales engagées dans la lutte contre la violence sexiste.	souhaite aider les femmes ayant subi des violences et faciliter sa formation dans ce domaine; Mener des initiatives multisectorielles contre la violence entre partenaires intimes.	Mener des initiatives multisectorielles contre la violence entre partenaires intimes.
---	--	--	---

Extrait de Watts et Mayhew, 2004. « [Reproductive Health Service and Intimate Partner Violence : Shaping a Pragmatic Response in Sub-Saharan Africa](#) » [Service de santé reproductive et violence entre partenaires intimes : définir une intervention pragmatique en Afrique subsaharienne]. *International Family Planning Perspectives* 30, n°4, p. 210.

Ressources supplémentaires :

- **Gender-Based Violence, Health and the Role of the Health Sector** [Violence sexiste, santé et le rôle du secteur de la santé] (Banque mondiale). Disponible en [anglais](#).
- **«Addressing Gender-Based Violence: A Critical Review of Interventions** » [Combattre la violence sexiste : Un examen critique des interventions], *The World Bank Observer*. 2007; 22: 25-51 (A. Morrison, M. Ellsberg et S. Bott, 2007). Disponible en [anglais](#).
- **«Tackling Domestic Violence: Effective Approaches and Interventions** » [S'attaquer à la violence domestique : Approches et interventions efficaces], Home Office Research Study, no. 290, Home Office, Londres (M. Hester et N. Westmarland, 2005). Disponible en [anglais](#).

B. Principaux modèles théoriques pour l'élaboration d'une approche intégrée.

- Le secteur de la santé ne propose pas de modèle unique pour aborder le problème de la violence à l'égard des femmes et des filles, du fait que l'on ne dispose pas de données factuelles suffisantes pour élaborer un programme d'action global dans ce domaine. Il existe toutefois plusieurs modèles qui se recoupent et se chevauchent, qui ont été appliqués globalement et que tous les intervenants actifs dans le secteur de la santé doivent connaître. [Le modèle écologique](#), [l'approche multisectorielle](#) et [le modèle intégré](#) présentés ci-dessous constituent différents moyens d'action dans la lutte contre la violence sexiste applicables dans les services. L'approche multisectorielle se

situé au niveau de l'organisme et du secteur, alors que les modèles écologiques et intégrés font référence au niveau des prestations de soins.

- Ces modèles peuvent guider la formulation de plans d'action, de programmes et de protocoles du secteur de la santé, ainsi que les approches pratiques qui s'appliquent aux différents contextes nationaux et programmatiques en matière de santé.

1. Le modèle écologique : de l'intervention individuelle au changement social.

- [Le modèle écologique](#), décrit en détail dans le module consacré à la [Prévention primaire](#), propose une méthode qui permet d'appréhender certains facteurs clés aggravants du risque de violence à l'égard des femmes et des filles. Le modèle distingue quatre niveaux de risque : individuel, relationnel, communautaire et sociétal. Il souligne l'importance de la prise en compte de l'interaction, dans toute sa complexité, des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, culturels, économiques et politiques qui accroissent le risque de violence subie par les femmes et les filles (et le risque de violence perpétrée par les hommes et les garçons).

Tableau 1 : Facteurs de risque de violence suivant le modèle écologique			
Facteurs sociétaux Facteurs généraux contribuant à désinhiber en matière de violence	Facteurs communautaires Quartiers, écoles et lieux de travail	Facteurs relationnels En famille, avec les partenaires intimes et les amis	Facteurs personnels Facteurs influant sur le comportement individuel
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pauvreté ▪ Inégalités économiques, sociales et entre les sexes ▪ Sécurité sociale insuffisante ▪ Masculinité liée à l'agression et à la domination ▪ Faiblesse du 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Taux de chômage élevé ▪ Forte densité de population ▪ Isolement social des femmes et des familles ▪ Manque d'information ▪ Soins insuffisants aux victimes ▪ Écoles et lieux de travail ignorant la violence sexiste ▪ Faibles sanctions 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dysfonctionnement familial ▪ Violence intergénérationnelle ▪ Mauvaises pratiques parentales ▪ Conflit parental violent ▪ Fréquentation d'amis ayant un comportement violent ou délinquant ▪ Condition socioéconomique modeste, stress socioéconomique ▪ Désaccord sur l'autonomisation des femmes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sexe, âge et éducation ▪ Antécédents familiaux violents ▪ Témoin de violence sexiste ▪ Victime de maltraitance ou négligence dans l'enfance ▪ Faibles moyens de subsistance et revenus personnels ▪ Chômage

<p>système juridique et pénal</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Non-poursuite des auteurs de violence ▪ Droits inexistant pour les victimes ▪ Normes sociales et culturelles propices à la violence ▪ Armes de petit calibre ▪ Conflit ou après-conflit ▪ Déplacement interne ▪ Camps de réfugiés 	<p>communautaires contre la violence sexiste</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sécurité insuffisante dans les espaces publics ▪ Rôles traditionnels difficiles dévolus aux sexes ▪ Incrimination de la victime ▪ Violation de la confidentialité 	<p>Honneur familial plus important que la santé et la sécurité de la femme</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Troubles de santé mentale et comportementale ▪ Alcoolisme et toxicomanie ▪ Prostitution ▪ Réfugié/Personne déplacée ▪ Handicaps ▪ Détention d'armes de petit calibre
<p><u>Sources</u> : Buvinic, Morrison et Shifter 1999; Heise et Garcia Moreno, 2002; Jewkes, Sen et Garcia Moreno 2002; Krug et al 2002.</p>			

- Les prestataires de services de santé peuvent utiliser le modèle écologique d'une part pour comprendre les facteurs de risque qui touchent les femmes dans les collectivités où elles vivent, mais d'autre part aussi pour réfléchir aux actions à entreprendre pour réduire les risques à ces différents niveaux.
- Le modèle écologique souligne le fait que l'efficacité de l'application des programmes de prévention et d'action du secteur de la santé contre la violence sera fonction de sa capacité de tenir compte de tous les facteurs qui contribuent à la commission des actes de violence, de se doter des moyens d'identifier les personnes à risque et de soigner les victimes, et de réduire, voire d'éliminer, les risques de violence grâce aux programmes de prévention participatifs. L'utilisation de ce modèle peut permettre aux prestataires de services de santé d'abandonner l'orientation individualiste et biomédicale de la prestation de services en faveur d'une approche plus holistique des soins de santé, qui vise à répondre non seulement aux besoins individuels mais aussi au besoin de changement social.

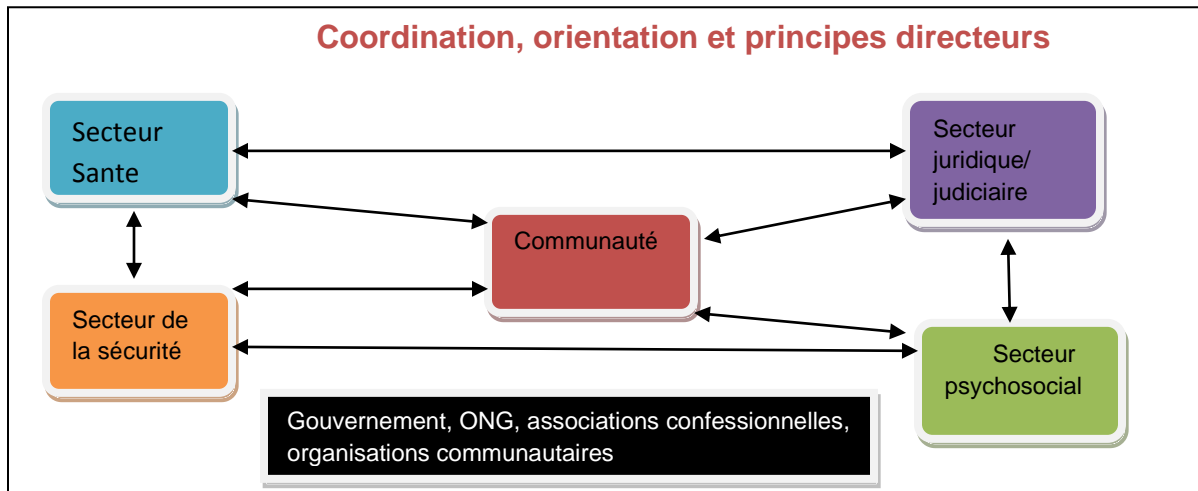
Niveau	Exemples de facteurs de risque liés à la violence	Exemples d'actions possibles du secteur de la santé	Exemples de programmes
Individuel	<ul style="list-style-type: none"> • Jeune âge; • Âge précoce de mariage; • Isolement • Toxicomanie • Attitude individuelle justifiant ou acceptant la violence. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dépistage du risque de violence chez les jeunes femmes mariées; • Services médicaux aux toxicomanes; • Actions d'éducation sanitaire et communautaire (spectacles, vidéos, brochures, conférences, etc.); • Prévention de la violence sexiste dans le cadre de programmes sur le VIH/sida et la santé reproductive des adolescents. 	Programme H Stepping Stones Puntos de Encuentro
Relationnel	<ul style="list-style-type: none"> • Conflit ou instabilité conjugale; • Infidélité masculine et polygamie; • Domination masculine dans la famille et/ou comportement autoritaire des partenaires masculins. 	<ul style="list-style-type: none"> • Programmes pour les hommes visant à promouvoir les relations égalitaires entre les sexes et à modifier les normes, attitudes et comportements. 	Men as Partners Voir également le module Hommes et garçons
Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Normes et convictions communautaires qui justifient, excusent ou favorisent la violence à l'égard des femmes; • Réactions institutionnelles insuffisantes à la violence à l'égard des femmes; • Absence de mécanismes de soutien pour les femmes dans la communauté 	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement du soutien communautaire en faveur des services pour les survivantes; • Renforcement des coalitions et des réseaux 	SAGBVHI Minga Peru CHARCA SASA!

Sociétal	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de mécanismes judiciaires de lutte contre la violence à l'égard des femmes et des filles; • Prévalence des normes et convictions culturelles qui justifient, excusent ou favorisent la violence à l'égard des femmes 	<ul style="list-style-type: none"> • Réforme des lois et politiques régissant le système médico-légal (mise en place de personnel infirmier médico-légal) • Réforme des lois et politiques définissant les obligations des prestataires de soins envers les victimes de la violence sexiste; • Lois/politiques exigeant la déclaration des actes de violence; • Politiques et protocoles nationaux en matière de santé; • Lois/politiques régissant la médecine légale, les obligations des prestataires de soins, l'avortement, la contraception d'urgence et la confidentialité. 	<p>Voir Examen des lois et des politiques ci-dessous, et le module Élaborer une législation sur la violence à l'égard des femmes et des filles</p>
----------	---	---	--

2. Le cadre multisectoriel : engager toutes les parties prenantes dans les actions de prévention et d'intervention.

- Les expériences de programmation sur le terrain indiquent qu'aucun secteur ou organisme ne peut, à lui seul, lutter de manière efficace contre la violence à l'égard des femmes. Le modèle multisectoriel favorise des actions holistiques interorganisations et interinstitutions qui encouragent la participation des victimes de la violence ou des personnes à risque, la coopération, la collaboration et la coordination interdisciplinaire et interorganisations dans tous les secteurs clés, notamment (mais pas exclusivement) dans les domaines de la santé, de l'action psychosociale, du système juridique, judiciaire et de la sécurité (Ward, 2005). Ces secteurs regroupent des institutions, organismes, individus et ressources qui visent la réalisation d'un objectif précis. On notera que le secteur de la santé comprend le ministère de la Santé, les hôpitaux, les centres de soins, les prestataires de soins de santé, les administrateurs de la santé, les organismes de formation en soins de santé, les fournitures médicales, etc.

- Le modèle multisectoriel s'inspire des modèles « [d'intervention communautaire concertée](#) » contre la violence domestique, appliqués à l'origine dans des contextes industrialisés mais qui sont actuellement utilisés partout dans le monde. En règle générale, le modèle multisectoriel correspond à une intervention communautaire coordonnée se situant au niveau national.



- Le modèle multisectoriel définit clairement les responsabilités attribuées spécifiquement à chaque secteur. Les praticiens du secteur de la santé ne doivent non seulement comprendre comment contribuer à l'établissement d'un cadre multisectoriel, mais doivent également avoir une idée claire des attributions et des responsabilités clés des autres secteurs concernés. On trouvera ci-après un descriptif succinct de certaines de ces attributions et responsabilités.
- Le **secteur de la santé** devrait offrir aux prestataires de toute la gamme des services de santé une formation leur permettant de reconnaître et de traiter la violence à l'égard des femmes et des filles, prévoir des enquêteurs du même sexe que les victimes de la violence, prendre en charge les besoins physiques et psychologiques immédiats des femmes ou des filles ayant été exposées à la violence, notamment élaborer avec elles un [plan de sécurité](#), établir des protocoles en matière de soins et d'orientation des victimes, élaborer une documentation garantissant la confidentialité, dispenser des soins gratuits aux victimes de la violence et être prêts, avec la permission de la victime, à produire des preuves médico-légales et à témoigner devant les tribunaux.

- Le **secteur psychosocial** devrait pouvoir fournir une assistance immédiate (groupes de soutien par exemple), des informations sur les droits des femmes et les organismes auxquels s'adresser si elles en décident ainsi, une aide psychologique continue, qui implique une formation et supervision continue des assistants sociaux et des agents des services communautaires, et faciliter l'orientation vers d'autres services en cas de besoin. L'aide à l'éducation et aux activités génératrices de revenu s'inscrit également dans la programmation psychosociale du modèle multisectoriel. [Les systèmes d'enseignement](#) devraient consacrer des [cours](#) à des sujets comme les « contacts physiques permmissibles », les relations saines et les droits fondamentaux de la personne, établir des codes de conduite pour tous les enseignants, offrir une formation sur les signes indicatifs d'une exposition potentielle à la violence chez les enfants et fournir des services en milieu scolaire aux enfants ayant subi des violences. Les projets générateurs de revenu ne devraient pas se limiter à encourager l'autonomie économique des femmes, mais devraient également exercer une surveillance pour détecter les risques de violence familiale et intégrer l'éducation en matière de droits de la personne dans leurs activités.
- Le **secteur juridique ou judiciaire** devrait pouvoir offrir gratuitement ou à moindre coût des conseils juridiques, une représentation et d'autres formes d'aide juridique aux femmes et aux filles ayant été exposées à la violence, examiner et réviser les dispositions législatives qui contribuent à la violence à l'égard des femmes, appliquer les dispositions qui protègent les femmes et sanctionnent les auteurs de violence, suivre les démarches judiciaires et les procès, émettre des ordonnances de protection et d'autres instruments de protection juridique aux victimes, et vérifier que les auteurs d'actes de violence s'acquittent des obligations de réhabilitation ordonnées par le tribunal (programmes pour auteurs de violence domestique).
- Dans le **secteur de la sécurité**, il devrait être dispensé aux policiers, militaires et autres agents de sécurité une formation sur le phénomène de la violence à l'égard des femmes et des filles ainsi que sur les méthodes d'intervention appropriées. La police devrait disposer de salles privées pour assurer la confidentialité des entretiens et la sécurité des survivantes qui rapportent des cas de violence, prévoir la présence d'enquêteurs du même sexe que les victimes, établir des protocoles en matière d'orientation des victimes vers d'autres services, recueillir des données normalisées et désagrégées sur les incidents et constituer des unités spécialisées chargées des problèmes de la violence à l'égard des femmes et des filles.
- Parmi les **fonctions transversales** recoupant chacun des secteurs figurent la participation et l'éducation communautaire, la collecte sûre et confidentielle

de données et le suivi et évaluation. Un autre élément important est la coordination inter et intra-sectorielle, notamment la mise en place de systèmes d'information et d'orientation des victimes et la surveillance de ces systèmes, les échanges d'informations, et la participation à des réunions périodiques avec des représentants des différents secteurs.

- Un principe directeur clé de l'approche multisectorielle est la **primauté des droits et des besoins des victimes**, qui exige un accès à des services respectueux et sécurisants, des garanties de confidentialité et de sécurité, et la capacité de décider des suites à donner aux incidents.
- Un autre élément essentiel de l'approche multisectorielle est l'établissement d'une coopération étroite avec les **groupes féminins locaux**. Leur participation dès la conception du programme doit être encouragée et leur contribution active maintenue pendant toute la durée des activités de suivi et d'évaluation du programme et de son développement continu. Voir [Principes directeurs](#) pour de plus amples renseignements).

3. L'approche systémique de la prestation de services de santé.

- Si le modèle écologique révèle l'importance d'une approche de la compréhension et du traitement des **facteurs de risque** liés à la violence à l'égard des femmes et des filles se situant à l'échelle de la société, et si le cadre multisectoriel souligne les **responsabilités de chacun des secteurs clés et de leur ensemble** en matière de prévention de la violence et d'intervention, l'approche systémique aborde directement la question de la responsabilité incombant aux organisations prestataires de services de santé d'offrir des services efficaces, performants et satisfaisant aux normes éthiques.
- Cette approche **se concentre sur le développement des ressources et des compétences à l'échelle d'une organisation entière**, plutôt que la formation des prestataires de service individuels (Heise, 1999 cité dans Bott et al., 2004; USAID, 2006). Les principaux éléments de l'approche systémique sont énumérés ci-après.

Le tableau ci-dessous est adapté d'après *Improving the Health Sector Response to Gender-Based Violence: A Resource Manual for Health Care Professionals in Developing Countries* [Améliorer la réponse du secteur de la santé à la violence sexiste : Manuel destiné aux professionnels de la santé des pays en développement] (Bott et al., 2004).

Éléments clés	En quoi cet élément est-il important ?
Renforcer l'engagement institutionnel dans la lutte contre la violence sexiste	L'engagement général d'une institution peut avoir une influence décisive sur la culture professionnelle des centres de soins de santé. Pour bien faire, il faudrait que leurs responsables désignent la violence sexiste comme un problème de santé publique et une violation des droits de la personne et soutiennent les actions visant à améliorer la réponse des services de santé face à la violence. Le milieu professionnel devrait encourager l'ensemble du personnel à se montrer respectueux vis-à-vis de tous leurs collègues, notamment les femmes et les subalternes, et manifester son attachement à la non-violence en adoptant des mesures interdisant le harcèlement sexuel sur le lieu de travail.
Collaborer avec d'autres organisations actives dans la lutte contre la violence sexiste	La lutte contre la violence sexiste implique une action multidisciplinaire. Au vu des difficultés opérationnelles et financières auxquelles se heurterait une organisation agissant seule, il s'agit de mener dans cette lutte une action collective, d'évaluer la situation et de décider de la répartition des tâches. L'impossibilité d'une initiative isolée de la part d'une seule organisation doit être un motif d'incitation à la coopération plutôt qu'un prétexte à l'inaction.
Améliorer l'infrastructure et les programmes cliniques pour renforcer l'intimité et le caractère confidentiel des services médicaux offerts aux femmes qui sollicitent des soins de santé	Le respect de la vie privée et de la confidentialité est essentiel à la sécurité des femmes dans toutes les circonstances où des soins de santé sont dispensés. La violation de la confidentialité concernant la grossesse, la séropositivité au VIH et d'autres problèmes est susceptible de faire courir aux femmes de nouveaux risques de violence et de les exposer à des représailles. La certitude du respect de la confidentialité est, par ailleurs, indispensable pour que les victimes de la violence sexiste soient disposées à déclarer les faits aux autorités. Les établissements doivent s'assurer que les salles de consultation soient insonorisées, que les femmes n'aient pas à communiquer des informations de caractère privé dans des espaces publics, comme la réception, et préciser dans leurs règlements où et dans quelles circonstances les prestataires de service sont autorisés à échanger des informations confidentielles sur leurs patientes.
Améliorer les connaissances des agents de santé et de la force publique sur la législation et les politiques locales et nationales en matière de violence à l'égard des femmes et le secteur de la santé	Les administrateurs et les prestataires de services doivent être au fait de la législation sur la violence sexiste, notamment ce qui constitue une infraction à la loi, comment sauvegarder les preuves médico-légales, comment déclarer les incidents violents, les conditions dans lesquelles les femmes peuvent obtenir des ordonnances de protection, les démarches à entreprendre pour se séparer d'un mari violent, et les obligations juridiques des prestataires de service lorsqu'ils relèvent des indices de violence sexuelle envers un enfant. Ces connaissances permettent aux agents de santé de fournir des informations correctes aux victimes et de procéder à la collecte de preuves médico-légales s'il y a lieu. Elles contribuent aussi à atténuer les craintes des prestataires de services de s'impliquer dans des procédures judiciaires.
Sensibiliser et former les	Tous les prestataires de soins de santé aux femmes doivent pouvoir répondre aux confidences de violence sexiste avec compassion et tact.

<p><i>prestataires de service en vue d'améliorer leurs connaissances, mentalités et qualifications</i></p>	<p>Même quand ils n'abordent pas la question avec leurs interlocutrices, celles-ci l'évoquent parfois d'elles-mêmes. Les prestataires de service qui réagissent mal risquent d'infliger de graves préjudices affectifs ou de ne pas dispenser les soins médicaux appropriés. De plus, le fait d'ignorer si les femmes vivent dans un environnement violent empêche les prestataires de soins d'offrir des conseils judicieux sur la contraception, la prévention du VIH, ou de traiter des problèmes de santé comme la récurrence des IST. Chaque établissement doit décider ce qu'il peut offrir en guise de formation. À tout le moins, le personnel doit connaître l'épidémiologie de la violence sexiste et les besoins des victimes. Les établissements doivent également offrir un soutien affectif aux prestataires des services intervenant dans les domaines liés à la violence.</p>
<p><i>Renforcer les réseaux d'orientation des victimes de la violence et faciliter leur accès aux autres services</i></p>	<p>Compte tenu des difficultés d'une organisation à répondre à elle seule à tous les besoins des victimes de la violence, les programmes de santé devront se renseigner sur les services sociaux et juridiques disponibles sur le plan local, réunir des informations pour les prestataires de services et constituer des réseaux d'orientation des victimes pour faciliter l'accès de celles-ci aux services. Les organisations devront aussi envisager la mise en place de services internes, notamment la constitution de groupes d'appui aux femmes, dont les interventions, peu coûteuses, sont jugées d'une grande utilité par les victimes de la violence. La formation de réseaux et de coalitions permet également au secteur de la santé de tenir sa place dans le cadre plus large du débat politique en présentant la violence à l'égard des femmes comme un problème de santé publique.</p>
<p><i>Formuler ou améliorer les textes des programmes et protocoles institutionnels relatifs aux services médicaux offerts aux femmes victimes de la violence</i></p>	<p>Les programmes de santé devraient rédiger des protocoles destinés aux agents sanitaires sur la manière d'aborder la question de la violence avec les femmes, de traiter celles qui en font état et de les orienter sur des services spécialisés (voir Warshaw et Ganley, 1998; Bott et al., 2004). Des règles écrites et sans ambiguïté devraient contribuer à réduire les risques de nuire aux patientes par un comportement négatif du personnel, surtout si elles sont établies en collaboration avec les prestataires et les gestionnaires de service sur le terrain. Malgré le nombre important de modèles déjà appliqués, ces règles sont d'une efficacité optimale lorsqu'elles sont adaptées aux spécificités de chaque organisation.</p>
<p><i>Pouvoir à la fourniture de services et de matériel d'urgence</i></p>	<p>Les femmes victimes de la violence peuvent avoir besoin de services et de fournitures d'urgence, notamment des premiers secours, des traitements prophylactiques d'IST (dans certains cas du VIH), des examens médico-légaux, une contraception d'urgence (lorsqu'elle est autorisée par la loi), et ainsi de suite. Les établissements de santé devront donc disposer du matériel médical approprié et du personnel qualifié pour le faire fonctionner.</p>
<p><i>Produire ou améliorer le matériel pédagogique</i></p>	<p>La publication et la diffusion d'affiches, de brochures et de fiches techniques sur la violence sexiste sont d'excellents moyens de refléter l'attachement d'une organisation à la lutte contre la violence, et de faire prendre conscience du problème, d'éduquer les patientes, et d'informer</p>

<i>destiné aux patientes sur les questions relatives à la violence sexiste</i>	les femmes sur les droits qui leur sont accordés par la loi ainsi que sur les organisations susceptibles de leur venir en aide.
<i>Améliorer les systèmes d'archivage et d'informations médicales permettant au personnel d'étayer et de suivre les dossiers de violence sexiste</i>	Les systèmes d'information jouent un rôle décisif dans les interventions contre la violence sexiste. L'inclusion d'attestations de violence dans les dossiers médicaux est importante pour assurer l'exhaustivité de ces dossiers et, dans certains cas, permet de fournir les preuves nécessaires pour des actions en justice ultérieures. L'archivage des dossiers médicaux en lieu sûr garantit la sécurité et le bien-être des patientes. Les systèmes d'information jouent également un rôle important dans le suivi des activités des organisations de santé en matière de violence sexiste, car ils facilitent la collecte de statistiques auprès des différents services sur le nombre des femmes identifiées comme victimes de la violence, permettant ainsi d'évaluer la demande.
<i>Vérifier la qualité des processus de suivi et d'évaluation de la violence sexiste</i>	Le suivi et l'évaluation de la qualité des soins sont un autre moyen important de vérification que les services de santé réagissent correctement à la violence. Les prestataires de services doivent à cette fin fournir en continu des retours d'information aux administrateurs pour cerner les problèmes et appliquer des mesures d'amélioration des prestations. Par ailleurs, la contribution des femmes victimes de la violence peut s'avérer décisive pour améliorer l'organisation des services. Il convient également de veiller à documenter les conséquences imprévues des interventions.

Extrait de USAID, 2006. [Addressing Gender-Based Violence through USAID's Health Programs: A Guide for Health Sector Program Officers](#) [Programmes de santé de l'USAID contre la violence sexiste : Guide destiné aux responsables des programmes du secteur de la santé]. Washington, p. 26-27, et adapté d'après S. Bott, 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 [Améliorer les réponses du secteur de la santé à la violence familiale : Un manuel destiné aux professionnels de santé dans les pays en développement]. New York: Fédération internationale pour la planification familiale, Région de l'hémisphère occidental. Disponible en [anglais](#) et en [espagnol](#).

Étude de cas : [The International Planned Parenthood Federation/Western Hemisphere Region \(IPPF/WHR\) Regional Initiative to Address Gender-Based Violence](#) [Initiative régionale contre la violence sexiste de la Fédération internationale pour la planification familiale/Région de l'hémisphère occidental]

Au lendemain de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) qui s'est déroulée en 1994 au Caire, la Fédération internationale pour la planification familiale/Région de l'hémisphère occidental (IPPF/WHR) a pris des mesures destinées à aider les associations membres à adopter une nouvelle perspective de la santé sexuelle et reproductive et à améliorer la qualité des programmes des services par l'intégration d'une

dimension sexospécifique. À cette fin, l'IPPF/WHR a organisé des stages de formation et effectué des évaluations sur des questions liées à l'égalité des sexes afin d'y sensibiliser les personnels de ses associations membres. Tout le long du processus, les patients et les prestataires de service ont constamment signalé la violence physique et sexuelle comme une question qui méritait une attention particulière. Cette préoccupation a abouti à la mise en place de **l'Initiative régionale contre la violence sexiste** qui a été réalisée par quatre associations d'Amérique latine membres de la Fédération : Profamilia (République dominicaine), INPPARES (Pérou) et PLAFAM (Venezuela), avec le concours de BENFAM (Brésil). Illustrant l'approche systémique, l'Initiative a comporté les quatre volets suivants :

- Amélioration de la capacité des programmes de prestation de services de santé sexuelle et reproductive à soigner les femmes victimes de la violence;
- Sensibilisation du public à la violence à l'égard des femmes comme un problème de santé publique et une violation des droits de la personne;
- Plaidoyer en faveur de l'adoption et de l'application de lois plus favorables à la lutte contre la violence sexiste;
- Amélioration des connaissances sur les moyens d'intervention efficaces des services de santé dans le domaine de la violence sexiste.

La réalisation du premier objectif, l'amélioration des interventions des services de santé, a entraîné la mise en chantier de vastes réformes institutionnelles. Celles-ci ont été menées de nombreuses façons. Les services déjà existants de certaines filiales (comme les unités d'appui psychologique) ont été renforcés par une formation professionnelle et par la mise en œuvre de politiques institutionnelles. Dans d'autres cas, les filiales ont dû recruter du personnel qualifié pour fournir les services nécessaires. Dans certaines situations, les associations membres de la Fédération ont réussi à forger des partenariats avec des ONG en place vers lesquelles elles ont pu diriger les femmes en quête de services spécialisés, comme en République dominicaine, où un certain nombre de femmes ont été dirigées sur deux ONG (selon leur ville de résidence) fournissant des conseils juridiques. En vue d'effectuer une évaluation approfondie de l'Initiative, les organisations participantes ont produit des études initiales, à mi-parcours et de suivi faisant usage d'indicateurs et d'instruments normalisés et de systèmes de collecte de statistiques des services sur l'ampleur des dépistages, les taux de détection, les services d'orientation et les services spécialisés. Chaque organisation a documenté les études de cas sur les services pilotes, et le personnel des bureaux régionaux a vérifié les activités des associations par des visites sur place et des entretiens informels avec les prestataires de service, les responsables locaux et les patientes. L'initiative a été financée par la Commission européenne et la Fondation Bill et Melinda Gates,

avec le concours de la Fondation Ford et de la Fondation MacArthur. (Extrait de : Guedes, 2004).

Voir des renseignements supplémentaires et les conclusions des évaluations en [anglais](#).

L'Initiative a par ailleurs permis de produire les outils suivants :

Tools for Service Providers Working with Victims of Gender-Based Violence [Outils destinés aux prestataires de service qui travaillent avec les victimes de la violence sexiste] : Cette gamme d'outils, disponible en [anglais](#) et en [espagnol](#), permet aux agents de santé de dépister la violence sexiste, de collecter des données et de procéder au suivi et à l'évaluation du phénomène.

Improving the Health Sector Response to Gender-Based Violence [Améliorer les réponses du secteur de la santé à la violence sexiste] : Disponible en [anglais](#) et en [espagnol](#), ce manuel, produit en collaboration avec l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) et la campagne des Nations Unies « Tous unis pour mettre fin à la violence à l'égard des femmes », fournit des outils et des instructions destinés aux administrateurs des services de santé permettant d'améliorer la réponse des services à la violence à l'égard des femmes dans les pays en développement. Il comprend des outils pratiques d'évaluation des attitudes des prestataires de service au sujet de la violence sexiste, des définitions et des attributions juridiques, et de la qualité des soins. Il s'inspire des activités de l'Initiative de l'IPPF/WHR qui visaient à intégrer les services destinés aux victimes de la violence sexiste aux programmes de santé sexuelle et reproductive.

Basta! Women Say No to Violence [Basta ! Les femmes disent non à la violence] : Cette vidéo, disponible en [espagnol avec sous-titres en anglais](#), vise être un vecteur de sensibilisation générale au problème de la violence à l'égard des femmes, proposant des définitions clés et s'attaquant aux mythes les plus répandus de la violence sexiste.

Basta! The Health Sector Addresses Gender-Based Violence [Basta ! Le secteur de la santé s'attaque à la violence sexiste] : Cette vidéo de formation, disponible en [espagnol avec sous-titres en anglais](#), est destinée aux prestataires de services de santé et autres parties intéressées susceptibles d'aider les femmes qui vivent dans une situation de violence. Elle approche le phénomène de la violence à l'égard des femmes comme une violation des droits de la personne et un problème de santé publique.

4. L'approche intégrée de la prestation de services de santé.

- Bien qu'étroitement apparentée à l'approche systémique dans la mesure où elle est axée sur les organisations qui fournissent des services de santé, l'approche intégrée vise plus particulièrement les différents types de prestataires de soins existants (salles d'urgence, dispensaires, services de santé sexuelle et reproductive, etc.) et la manière d'intégrer les services liés à la violence de sorte que les **patientes qui se présentent pour des soins (liés ou non à un incident violent) reçoivent le plus rapidement possible le traitement médical correspondant à leur condition de victimes de la violence.**
- Les trois modèles d'intégration de base comprennent :

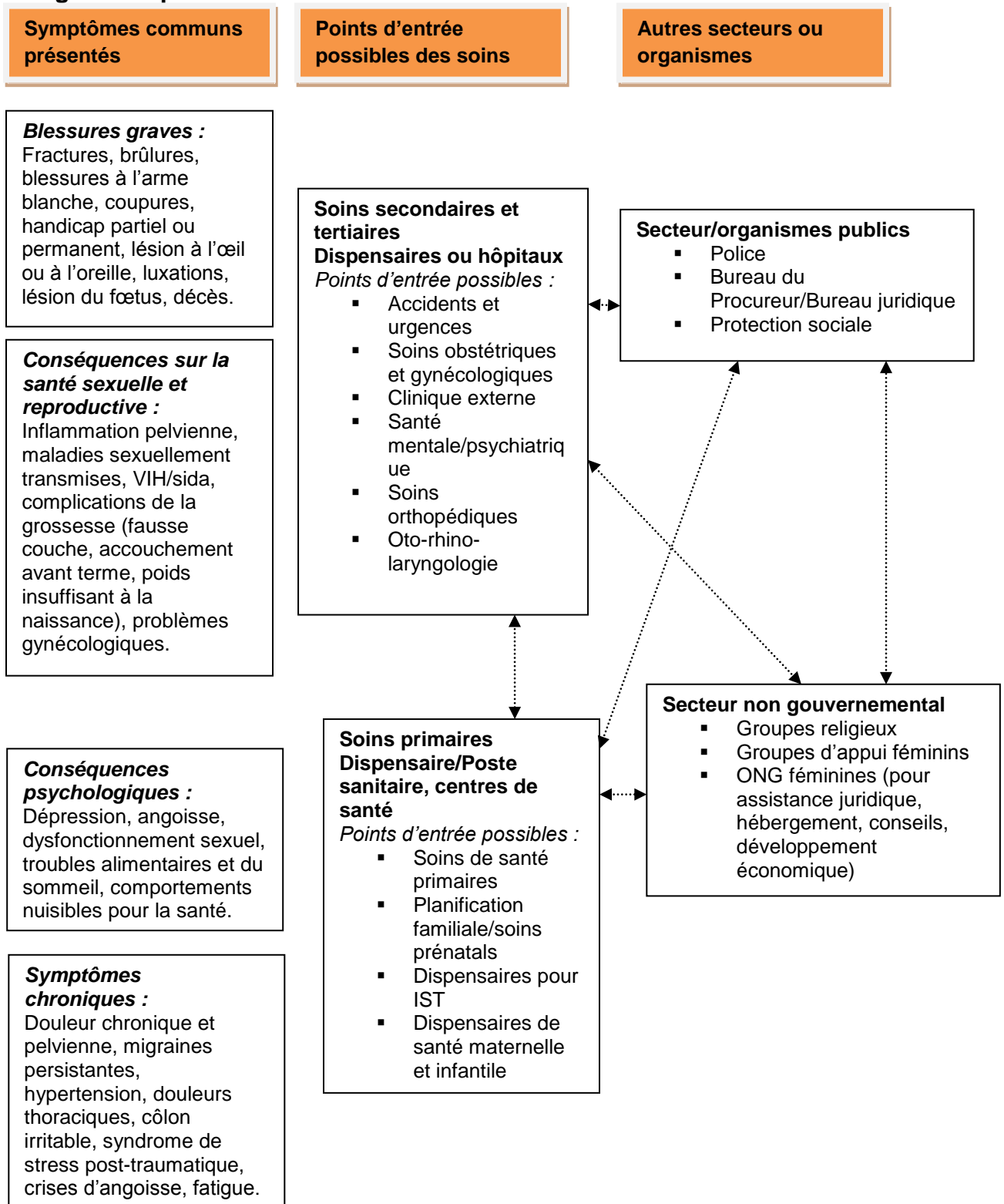
Niveau d'intégration	Approches	Exemples
Intégration au niveau du prestataire	Le même prestataire offre une gamme de services au cours de la même consultation.	Un (une) infirmier/infirmière des services des accidents et d'urgence reçoit la formation et les moyens nécessaires pour dépister la violence conjugale, soigner les blessures, offrir des conseils et diriger la patiente vers des sources extérieures de conseils juridiques.
Intégration au niveau de l'établissement	L'établissement est en mesure d'offrir toute une gamme de services mais pas forcément par le même prestataire.	Un (une) infirmier/infirmière des services des accidents et d'urgence est peut-être qualifié(e) pour soigner les blessures d'une patiente, mais pas pour lui prodiguer des conseils si celle-ci révèle avoir été victime de la violence familiale. Il/elle devra plutôt la diriger vers l'assistant médico-social de l'hôpital pour conseils.
Intégration au niveau des systèmes	L'intégration au niveau de l'établissement et la cohésion entre établissements des services d'orientation des victimes facilitent l'accès des patients à un vaste éventail de services dans leur communauté.	Une patiente des services de planification familiale qui rapporte des incidents violents peut être dirigée vers un autre établissement (au besoin à un autre niveau) pour conseils et soins. Ce type d'intégration est multisites.

Adapté d'après C. Colombini, S. Mayhew et C. Watts, 2008. « [Health-sector Responses to Intimate Partner Violence in Low- and Middle-income Settings: A Review of Current Models.](#) »

[Challenges and Opportunities](#) » [Réponses du secteur de la santé à la violence entre partenaires intimes dans les contextes à faible et moyen revenu: Examen des modèles, des difficultés et des opportunités actuelles] **Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé* 86 (8), p. 635-642.

- Dans le secteur de la santé, la plupart des services liés à la violence sont intégrés au niveau du prestataire et de l'établissement de santé; l'intégration complète des systèmes est rare, bien qu'elle offre les meilleures perspectives de soins complets dans la communauté. Un examen des efforts d'intégration dans différents pays à faible et moyen revenu permet de tirer les leçons clés suivantes :
 - Le développement et la mise en œuvre [de politiques et de protocoles](#) et d'autres outils et méthodes facilitent l'institutionnalisation des services dans le cadre des prestations de soins.
 - [La formation du personnel](#) doit s'inscrire dans la durée et les prestataires de service doivent être soutenus et encadrés.
 - Les projets d'intégration doivent accorder une attention particulière à l'[infrastructure des installations](#) (notamment les salles privées pour conseils d'accompagnement psychologique, l'existence de matériel approprié, etc.) et aux [systèmes de documentation](#) (voir Colombini, Mayhew et Watts, 2008).
- Pour pouvoir décider des services à intégrer dans une organisation de prestation de services donnée, il est impératif de comprendre les besoins des personnes qui sollicitent des soins. Le diagramme suivant illustre certaines des conditions symptomatiques courantes des femmes victimes de la violence entre partenaires intimes (notamment la violence sexuelle), les points d'entrée possibles aux différents niveaux du système et les services d'orientation indispensables.

Figure 1. Points d'entrée possibles des prestations de soins de santé aux femmes victimes de violences et systèmes d'orientation pour une intégration optimale



Extrait de : C. Colombini, S. Mayhew et C. Watts, 2008. « [Health-sector Responses to Intimate Partner Violence in Low- and Middle-income Settings: A Review of Current Models, Challenges and Opportunities](#) » [Réponses du secteur de la santé à la violence entre partenaires intimes dans les contextes à faible et moyen revenu : Un examen des modèles, des difficultés et des opportunités actuelles]. * *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé* 86 (8), p.639.

- On trouvera brièvement décrites ci-dessous certaines questions liées à l'intégration des interventions dans les services d'urgence et autres services :
 - **Salles d'urgence** : Les salles d'urgence permettent généralement d'identifier les cas de violence lorsque des victimes de blessures graves ou de viol s'y présentent. Il est prouvé que la plupart des femmes et des filles victimes de viol se rendent d'abord à l'hôpital et qu'elles hésitent à déclarer les faits à la police par crainte pour leur sécurité physique (peur de représailles) ou économique (peur de perdre le soutien financier du fait de l'incarcération du partenaire). **Pour les visites consécutives à la violence post-sexuelle en particulier, il y a un créneau vital de 72 heures pendant lequel la [prophylaxie post-exposition](#) (en anglais) du VIH est possible, et de 120 heures pour la [contraception d'urgence](#) (jusqu'à cinq jours à condition qu'un stérilet soit utilisé, ce qui est rarement le cas pour la contraception d'urgence). Cela plaide fortement en faveur d'une disponibilité des soins 24 heures sur 24, de l'intégration des services au niveau des établissements de santé et de l'établissement de « [services polyvalents](#) ».**
 - **Soins primaires (santé maternelle et infantile), VIH et [autres services de santé sexuelle et reproductive](#)** : Aux points d'entrée des soins primaires et de la santé sexuelle et reproductive, les effets de la violence sur la santé ont beau être symptomatiques, les femmes évitent généralement d'en parler à moins qu'on ne le leur demande. C'est pourquoi les politiques et les protocoles d'enquête deviennent essentiels dans la programmation de l'intégration, notamment pour ce qui concerne la décision de pratiquer le [dépistage](#) universel ou uniquement dans le cadre de certains services comme celui du [dépistage volontaire et d'accompagnement psychologique du VIH](#), de la [planification familiale](#), et des [salles d'urgence](#). (Pour de plus amples renseignements sur la pratique de dépistage, voir [Songez au dépistage systématique.](#))

C. Difficultés courantes dans l'application d'une approche globale.

- Le secteur de la santé rencontre de nombreuses difficultés dans l'utilisation des modèles écologiques, multisectoriels, axés sur les systèmes et intégrés dans la lutte contre la violence. Les problèmes potentiels doivent être repérés

lors de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques et des programmes:

- **Insuffisance de bases scientifiques.** S'il existe de par le monde de nombreux programmes contre la violence à l'égard des femmes, force est de constater que la plupart sont plutôt modestes et qu'une infime minorité ont fait l'objet d'une évaluation ou d'une documentation rigoureuses. Même lorsqu'il y a eu évaluation, leur portée, profondeur, approche méthodologique et qualité générale se sont révélées inégales. La majorité des évaluations rigoureuses effectuées dans le secteur de la santé l'ont été en Amérique du Nord et en Europe de l'Ouest et l'extrapolation de leurs constats à d'autres régions et contextes présente des difficultés ([Feder et al., 2009](#); [Ramsay, Rivas and Feder, 2005](#)). La mise au point d'un [système de surveillance](#) de la santé et la réalisation d'opérations de [suivi et d'évaluation](#) sont indispensables à l'amélioration des programmes (Nations Unies, 2006a).
- **Manque de coordination.** Les programmes sont souvent menés indépendamment les uns des autres, ce qui les empêche de tirer profit de leurs ressources communes lors de la planification et de la mise en place d'un ensemble complet de services (Colombini, Mayhew et Watts, 2008). Une programmation performante et efficace repose sur la constitution de [réseaux multisectoriels coordonnés au niveau national](#) et sur la réalisation d'activités de [coordination et d'orientation](#) (Nations Unies, 2006a).
- **Inefficacité du cadre juridique et politique.** Les dispositions législatives et les politiques nationales en matière de violence conjugale, de violence sexuelle, de pratiques traditionnelles nuisibles telles que la C/MGF et le mariage précoce, de droits de succession, de mariage et de divorce diffèrent sensiblement d'un pays à l'autre et peuvent même parfois présenter des incohérences, voire des contradictions, dans le cadre du même pays. Même dans les cas où les lois et les politiques en vigueur dans la domaine de la violence à l'égard des femmes et des filles sont cohérentes, leur application reste difficile en raison de la pénurie de ressources techniques et financières, de l'absence de coordination et du bas niveau de priorité accordé aux problèmes liés à la violence (USAID et UNICEF, 2006). L'élaboration de [dispositions législatives sur la violence à l'égard des femmes et des filles](#), notamment en relation avec le [VIH et le sida](#) (en anglais), occupe une place fondamentale dans les programmes de prévention et d'intervention. Dans le cas du secteur de la santé, il importe d'[étudier la législation applicable](#) et, lorsqu'il y a lieu, de [mener des actions de plaidoyer pour l'améliorer](#).

- **Manque de moyens financiers et techniques.** Les ministères de la Santé qui exécutent les programmes aux niveaux national, régional et local gèrent de nombreuses demandes avec des ressources financières et humaines souvent limitées. De ce fait, la question de la violence à l'égard des femmes et des filles est rarement prioritaire et il y est alloué des ressources budgétaires minimales, malgré ses coûts considérables pour l'individu, la famille, la société et la santé publique. [Prévoir le financement](#) des mesures en vigueur est indispensable à la mise sur pied de programmes efficaces.
- **Manque de normes minimales de services.** Les normes minimales représentent le plus petit dénominateur commun auquel devraient aspirer tous les États et services. Elles fournissent des repères aux États et aux prestataires de services quant à la portée et à la diversité des services à fournir, à l'identité du prestataire, et aux principes et pratiques à partir desquels procéder. À titre d'exemple, une évaluation réalisée dans 47 pays européens indique que la plupart n'ont toujours pas adopté formellement des normes dans ce domaine (Conseil de l'Europe, 2008a). Le Conseil de l'Europe (2008a) a recommandé l'adoption de normes minimales pour les programmes sur la violence, notamment la mise en place de [services téléphoniques d'urgence 24 heures sur 24](#), de [services spécialisés pour les agressions sexuelles](#) dans les hôpitaux et de [centres d'accueil des victimes d'agressions sexuelles](#).
- **Attitudes et manque de connaissances des prestataires de services.** Les attitudes et les pratiques des prestataires de service peuvent se révéler peu efficaces, voire nuisibles, en raison d'un manque de formation suffisante, du renouvellement fréquent de personnel qualifié, de l'absence d'éléments de formation sur l'intervention contre la violence dans les programmes d'enseignement médical, etc. (Kim et Motsei, 2002; Colombini, Mayhew et Watts, 2008). Les prestataires de service peuvent avoir été eux-mêmes exposés à la violence, ce qui risque de limiter leur capacité à établir un bon contact avec les patientes. La [sensibilisation](#), la [formation spécialisée](#), la [supervision continue](#) et le soutien du personnel sont indispensables pour garantir des interventions positives utiles pour les victimes.
- **Carences des systèmes de gestion et de santé.** Ces carences peuvent prendre la forme d'un manque de directives institutionnelles claires en matière de violence, de structures médicales hiérarchiques sclérosées, d'une absence de coordination entre responsables et départements participant à la programmation de services intégrés et d'un manque d'engagement des gestionnaires (Colombini, Mayhew et Watts, 2008). La

réalisation [d'évaluations des établissements de santé](#) et la formulation de [de politiques et de protocoles](#) visant à remédier aux carences administratives sont essentielles pour surmonter les obstacles qu'affrontent les systèmes de santé (Troncoso et al., 2006).

- **Absence d'activités de prévention.** L'orientation biomédicale du secteur de la santé explique pourquoi les institutions et organismes de santé sont souvent incapables d'entreprendre des actions de prévention d'envergure qui visent à transformer les mentalités et les comportements de la collectivité. [Les programmes de prévention](#) devraient toutefois être considérés comme faisant partie intégrante des activités des établissements de santé en matière de violence à l'égard des femmes et des filles.

D. Adaptation et hiérarchisation des approches du secteur de la santé compte tenu des contextes et des niveaux de ressources : des services essentiels aux soins complets.

- Outre les principales difficultés indiquées ci-dessus, la mise au point d'un modèle complet d'intervention du secteur de la santé pose problème dans de nombreux environnements connaissant des pénuries de prestataires de services, d'installations, de matériel et de fournitures, notamment pour les soins primaires. Même dans ces conditions, et sans vouloir imposer un surcroît de travail aux agents sanitaires bénévoles et aux travailleurs sanitaires des collectivités qui sont chargés de multiples tâches, il est possible d'envisager certaines interventions de base permettant au secteur de la santé de venir en aide aux femmes et aux filles victimes de la violence.
- Lors de la mise au point de programmes et d'actions contre la violence à l'égard des femmes, le secteur de la santé devrait procéder à un examen réaliste des problèmes liés aux ressources et autres difficultés (comme celles indiquées ci-dessus) et fixer des normes d'interventions minimales qui permettront de relever ces défis dans des conditions optimales avec les moyens disponibles. À mesure de l'augmentation de leurs moyens, les gouvernements devraient viser à offrir progressivement une gamme de services de plus en plus complète.
- Outre les services particuliers disponibles au sein d'un établissement de santé donné, tous les établissements devraient connaître les autres services offerts dans leur communauté et coopérer avec ceux-ci pour assurer un aiguillage optimal des victimes.
- Le tableau suivant est proposé comme modèle pour déterminer les priorités à adopter dans les actions d'intervention contre la violence sexuelle en fonction

des ressources disponibles dans différents contextes dans le monde. On notera toutefois que ce modèle ne doit pas inciter les pays à moyen et faible revenu à offrir des services moins que complets, l'objectif visé dans tous les cas de figure étant de fournir une gamme complète de services aux victimes de la violence.

Services aux victimes d'agression sexuelle			
	Services fournis	Caractéristiques de gestion des services ou établissements	Formation
Services de base pour agression sexuelle (dans tous les contextes)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Services de prévention de grossesse après agressions sexuelles et d'interruption de grossesse facilement accessibles et médicalisés <i>[si autorisé par la loi]</i>; 2. Traitement des IST; 3. Traitement de lésions génitales ou autres; 4. Rapport d'examen génital, lorsqu'il y a lieu, à des fins judiciaires; 5. Informations de base offertes aux victimes/ survivantes sur les traitements. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tous les établissements ont des directives de gestion clinique et appliquent la politique nationale en matière d'agression sexuelle; 2. Tous les établissements disposent d'une pièce fermée pour dispenser des soins privés aux victimes/ survivantes; 3. Les prestataires de services sont conscients du besoin d'offrir des soins de manière confidentielle, compréhensive et non critique, et de fournir des informations aux victimes sur leur traitement, la législation sur le viol et l'accès aux services de la police et de la justice; 4. Les services fournis sont gratuits pour les victimes de la violence. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Les institutions de formation de médecins et d'infirmiers prévoient dans leurs programmes d'enseignement de base un module sur la compréhension de la violence sexiste, notamment sur la violence sexuelle, les directives de gestion clinique et les politiques.

Services intermédiaires pour les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire (en plus des services de base)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prophylaxie de l'infection par VIH selon le degré de risque sur le plan national ou local; 2. Examen complet de la victime/survivante, avec documentation des conclusions et collecte de spécimens pour tests d'ADN, selon la pratique standard et trousse médico-légale; 3. Informations écrites ou illustrées données aux victimes/survivantes sur les traitements, le viol et la loi, et sur l'accès aux services de conseils et d'appui. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prestataires de soins aux victimes/survivantes de la violence désignés pour la plupart du pays; 2. Établissements qui suivent des règlements sur l'administration des soins avec tact, notamment avec salles d'attente privées; 3. Services de santé coordonnés, administrés et fournis par un personnel qualifié et supervisé par un clinicien compétent désigné; 4. Collaboration intersectorielle au niveau de l'établissement; 5. Laboratoires médico-légaux disponibles pour l'analyse des spécimens collectés. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Des prestataires de services de santé désignés reçoivent une formation en cours d'emploi pour perfectionner leurs connaissances en matière de gestion clinique et améliorer leur compréhension des besoins des victimes/survivantes.
---	---	---	---

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Services complets pour les pays à revenu intermédiaire et élevé (en plus des services de base et intermédiaires)</p>	<p>1. Services complets de santé tels que présentés dans <u>Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence</u> (2003) [<i>Directives de soins médico-légaux aux victimes de la violence sexuelle</i>] de l'OMS</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tous les services sont fournis par des prestataires de services de santé hautement motivés, qualifiés et constamment tenus au courant des dernières méthodes de traitements; 2. Tous les services sont fournis dans le cadre d'établissements dotés d'équipement adapté aux examens médicaux pour agression sexuelle; 3. Les personnes faisant état d'une agression sexuelle sont acheminées vers ces installations par des agents des services de santé ou des policiers (en cas d'intervention de leur part); 4. Tous les patients se voient proposer des soins en cas d'agression sexuelle sans avoir à rapporter ces incidents à la police; 5. Établissement de liens intersectoriels solides dans la perspective du témoignage des victimes au tribunal et avec des avocats disposés à assister et soutenir les victimes/survivantes après l'agression sexuelle. 	
--	---	--	--

Source : R. Jewkes, 2006. Paper for Policy Guidance: Strengthening the Health sector Response to Sexual Violence (Unpublished) [Document d'orientation politique : Renforcement de la réponse du secteur de la santé à la violence sexuelle (inédit)].

III. Quels sont les principes directeurs de l'action du secteur de la santé en matière de violence à l'égard des femmes ?

A. Aperçu des principes fondamentaux.

- Les principes éthiques fondamentaux de **protection, respect, confidentialité et non-discrimination** s'appliquent à toutes les interventions de santé contre la violence et doivent être pris en compte dans toutes les décisions adoptées par les prestataires de services, que ce soit au niveau des politiques ou de la prestation de services aux survivantes de la violence.
- Ces principes directeurs s'inscrivent dans les quatre approches fondamentales et interconnectées décrites ci-dessous : [l'approche axée sur les droits de la personne](#) et [l'approche axée sur les survivantes](#), qui issues des actions des groupes de défense des droits de l'homme et des droits des femmes, et [l'approche axée sur la qualité des soins](#) et [l'approche axée sur l'éthique médicale](#), qui proviennent des milieux de la santé. Il importe de comprendre ces diverses approches et ce qu'elles ont à apporter aux soins dispensés aux survivantes de la violence.

1. Approche axée sur les droits de la personne.

- **Une approche axée sur les droits de la personne** vise à analyser les causes profondes des problèmes et à s'attaquer aux pratiques discriminatoires qui contribuent à la violence à l'égard des femmes et limitent la capacité des victimes à bénéficier d'une aide. Une telle approche :
 - Repose sur les normes de droit international en matière de droits de l'homme, présentées dans le [Calendrier de l'engagement politique et accords internationaux](#) dans [Éléments essentiels de la programmation](#). Voir aussi les [résolutions de l'Assemblée générale](#), les [résolutions du Conseil de sécurité](#), les travaux du [Conseil des droits de l'homme](#) et les travaux (en anglais) de l'[ECOSOC](#);
 - Intègre ces normes, règles et principes dans les programmes, politiques, services et démarches liés à la violence à l'égard des femmes;
 - Est [multisectorielle](#) et globale;
 - Associe de multiples parties prenantes (pouvoirs publics et société civile);
 - Ne peut s'appliquer indépendamment des normes et valeurs politiques, juridiques, sociales et culturelles environnantes;
 - Vise à autonomiser les victimes de la violence et leurs communautés.

- Une approche axée sur les droits de la personne suppose que les prestataires de services répondent aux besoins des femmes et des filles victimes de la violence conformément aux obligations et responsabilités juridiques et morales. Tous les acteurs du secteur de la santé, depuis les fonctionnaires du ministère de la Santé jusqu'aux agents sanitaires communautaires, sont des « [débiteurs d'obligations](#) », tenus à encourager, à autonomiser et à aider les « [titulaires de droits](#) » (femmes et jeunes filles) à faire valoir leurs droits. Dans les approches axées sur les droits de la personne en matière de violence à l'égard des femmes, tous les intervenants associés à l'aménagement et à la prestation de services de santé sont tenus :
 - D'évaluer la capacité des titulaires de droits à revendiquer leurs droits et d'identifier les causes immédiates, profondes et structurelles de la non-réalisation des droits. Cela implique, par exemple, la désignation des obstacles qui freinent l'accès des femmes aux services de santé liés à la violence et leur élimination progressive par l'amélioration de la [législation en matière d'intervention du secteur de la santé contre la violence à l'égard des femmes](#), la mise au point de [programmes de santé intégrés et complets](#), et des [activités de proximité](#) en faveur des femmes et des filles;
 - D'évaluer les points forts et les points faibles des débiteurs d'obligations (agents des services de santé, police, parquet) dans l'exécution de leurs obligations conformément aux normes, législations et accords nationaux et internationaux;
 - D'élaborer des stratégies visant à renforcer les capacités et à compenser les carences des débiteurs d'obligations par la [formation et l'encadrement du personnel](#);
 - De [suivre](#) et d'[évaluer](#) les résultats et les processus guidés par les normes et les principes des droits de la personne, et de garantir la [responsabilisation au niveau national](#);
 - De veiller à ce que la programmation tienne compte des recommandations des [organes et mécanismes internationaux des droits de l'homme](#).

2. Approche axée sur les survivantes

- Une approche axée sur les survivantes de la violence signifie que tous les participants aux programmes de lutte contre la violence à l'égard des femmes accordent une attention particulière aux droits, aux besoins et aux attentes des survivantes.

- En substance, l'approche axée sur les survivantes de la violence applique [l'approche axée sur les droits de l'homme](#) à la conception et au développement de programmes qui font passer les droits et les besoins des survivantes avant toute autre chose. Elle réaffirme le droit des survivantes :
 - D'être traitées avec dignité et respect plutôt que de faire l'objet de reproches;
 - De choisir elles-mêmes leur conduite pour faire face au problème de la violence plutôt que de se sentir impuissantes;
 - De bénéficier d'un cadre privé et de la confidentialité de leurs déclarations au lieu que celles-ci soient divulguées au public;
 - De ne pas faire l'objet de discrimination en raison de leur sexe, âge, race ou ethnicité, aptitudes, préférence sexuelle, séropositivité au VIH ou toute autre raison;
 - D'obtenir toutes les informations nécessaires pour se former une opinion sur les décisions à prendre plutôt que de se faire dire quoi faire.
- L'approche axée sur les survivantes de la violence repose sur certains principes et connaissances destinés à faciliter le contact des professionnels de la santé, quelles que soient leurs fonctions, avec les femmes et les filles victimes de la violence sexuelle ou d'autres formes de violence. Une telle approche vise à établir un environnement porteur, où les droits des survivantes sont observés et où celles-ci sont traitées avec dignité et respect. Elle contribue à accélérer le rétablissement de la victime et à renforcer sa capacité à reconnaître et à exprimer ses besoins et ses attentes, ainsi qu'à l'encourager à prendre des décisions sur d'éventuelles actions (UNICEF, 2010). L'exécution de cette approche exige que les prestataires de services disposent, de leur côté, des ressources et des outils nécessaires.

3. Approche axée sur la qualité des soins

- La qualité des services peut se définir selon les différents paramètres présentés ci-dessous, dont l'interdépendance garantit la prestation globale de services de qualité. L'objectif premier reste la santé et le bien-être des victimes de la violence.

Équité	L'équité doit être envisagée dans plusieurs domaines lors de la planification des services. L'équité géographique peut être réalisée par l'élaboration de programmes susceptibles d'améliorer graduellement la qualité des services de santé dans les cas d'agression sexuelle dans tout le pays. Ces services doivent être offerts équitablement à tous les groupes sociaux, notamment les groupes marginalisés qui courent souvent des risques plus graves d'agression sexuelle, comme les travailleurs du sexe ou les toxicomanes,
---------------	---

	dont les besoins de santé doivent être satisfaits sans peur de sanctions. L'équité exige aussi que des services soient fournis aux personnes incarcérées ainsi qu'au reste de la population.
Efficacité	Les services de santé efficaces répondent aux besoins médicaux et sociaux des victimes de violence sexuelle récente et passée. Ce type de services doit être géré judicieusement et les soins dispensés doivent être d'une haute qualité clinique.
Efficiace	Les services efficients sont ceux qui répondent rapidement et de manière efficiente aux besoins des victimes de la violence. L'efficiace des services de santé pâtit dans la plupart des pays de l'insuffisance qualitative des soins médicaux, qui débouche sur l'incapacité de soigner les maladies sexuellement transmises, de prévenir les grossesses, de répondre aux besoins en matière de santé mentale et de fournir des informations qui se révéleront utiles devant la justice. Il est essentiel d'exercer un suivi et évaluation attentif des services de santé pour assurer et renforcer la qualité des soins et garantir leur efficiace. Il importe d'analyser soigneusement les résultats obtenus sur les plans judiciaire et médical, ainsi que l'organisation et les activités pour garantir leur optimisation. Les victimes/survivantes de la violence ont un rôle décisif à jouer dans l'évaluation des services, ainsi qu'il est noté dans la section Suivi et Évaluation .
Accès	<p>Dans tous les pays où cette question a été examinée, il a été constaté que la majorité des victimes d'agressions sexuelles s'abstiennent de rapporter les faits à la police. L'idée que se fait le public des services de santé offerts aux victimes/survivantes d'agressions sexuelles est essentielle pour l'inciter à y avoir recours. Il est donc impératif que ces services puissent répondre aux besoins médicaux des victimes sans alerter ou impliquer la police et que celles-ci soient libres de décider, si elle souhaite ou non se pourvoir en justice ou faire intervenir la police, en toute connaissance de cause des implications de leur décision.</p> <p>L'emplacement géographique est déterminant pour l'accès, et les services de santé doivent être localisés de manière à pouvoir être atteints de tous en des temps raisonnables et à des tarifs de transport (ou autre frais) abordables. Dans toute la mesure du possible, ces services ne devraient pas imposer des droits d'utilisation pour ne pas limiter le nombre de personnes qui peuvent solliciter des soins et recourir à la justice. Ils devraient également fonctionner 24 heures sur 24, sept jours par semaine, et les victimes devraient pouvoir se faire soigner par des prestataires de services du même sexe.</p>
Adéquation et acceptabilité	Les services appropriés reposent sur la reconnaissance que les victimes doivent bénéficier d'une attention particulière et les services de santé garantir, dans toute la mesure du possible, que la recherche de soins n'entraîne pas pour elles un stress supplémentaire, mais constitue une étape du retour à une existence qu'elles maîtrisent. Les protocoles de prestation de soins devraient fixer au strict minimum, à un seul de préférence, et passé à la clinique, le nombre d'examen médicaux et d'entretiens avec les victimes et survivantes. Les services de santé de qualité doivent être coordonnés de manière à regrouper la prestation de

	soins médicaux d'urgence, les examens médico-légaux, les conseils d'urgence ou à court terme, le suivi médical et les activités de défense des victimes. La structure qui se prête le mieux à cette coordination est celle d'un service spécialisé où les responsabilités sont clairement définies.
Droit de choisir	Le droit de choisir est un aspect très important des services de santé de qualité en matière d'agression sexuelle et est au cœur du respect de la diversité des préférences, besoins et attentes exprimés par les patients. Dans la mesure du possible, les victimes devraient pouvoir désigner l'établissement de soins de leur choix. Les services de qualité devraient être fournis avec tact et individualisés. Il convient à cette fin d'expliquer aux victimes chacune des étapes des soins et des examens médicaux et de leur proposer des choix sur les traitements à suivre, en obtenant avec leur consentement éclairé à chaque étape.

Extrait ou adapté de R. Jewkes, 2006. *Paper for Policy Guidance: Strengthening the Health sector Response to Sexual Violence (Unpublished)* [Document d'orientation politique : Renforcement de la réponse du secteur de la santé à la violence sexuelle (inédit)], **d'après** R.J. Maxwell, 1992. *Dimensions of quality revisited: from thought to action. Quality in Health Care* [Révision des éléments qualitatifs : de la réflexion à l'action. Qualité et soins de santé], p.171-177.

[Boxes pp. 36-37 – See callouts in French version of Health Module pp. 100-149, on pp. 28 & ff of the Word file]

4. Approche axée sur l'éthique médicale

- Les codes d'éthique médicale reposent sur des principes communément admis sur le plan international. Il incombe essentiellement à tous les agents de santé d'utiliser leurs compétences de manière éthique et d'observer les lois de la collectivité. La prestation de services de santé et le cadre politique y afférent doivent reposer sur les mêmes principes éthiques. Il appartient à l'ensemble des gouvernements de se montrer attentifs à ces principes dans la définition de leurs cadres juridiques régissant les services et modes de fonctionnement.

Autonomie	L'autonomie implique le droit de la victime ou de la survivante de prendre des décisions le concernant, et, dans le cas des enfants, le droit de la personne qui les représente (parent ou tuteur). Le respect du principe d'autonomie suppose que les professionnels de la santé sont eux-mêmes attentifs aux besoins et attentes des patients pour ce qui est des soins qu'ils reçoivent et des rapports qu'ils établissent avec la police, le système judiciaire ou autres services d'orientation. Les services de santé doivent s'assurer que toutes les décisions médicales sont prises avec le consentement avisé des patients, c'est-à-dire que toutes les informations sur l'intervention à subir, les médicaments à prendre et les effets
------------------	--

	secondaires à prévoir leur sont communiquées.
Bienfaisance	La bienfaisance est le devoir ou l'obligation d'agir dans l'intérêt de la victime/survivante de la violence. Ce principe exige du personnel de santé qu'il agisse avec tact et compassion. Essentiellement, les actions du personnel de santé doivent refléter sa confiance dans la victime/survivante et sa conviction que celle-ci n'est pas responsable de ce qui s'est passé.
Non-malfaisance	La non-malfaisance est le devoir ou l'obligation d'éviter de nuire à une victime.
Justice ou équité	La justice ou l'équité sont le fait de reconnaître les droits légitimes de la victime conformément aux normes et législations nationales et internationales en matière de santé et de droits de la personne et d'appuyer la réalisation de ces droits. Dans le cas des soins de santé dispensés aux victimes d'agressions sexuelles, la condition sociale inférieure des femmes s'est traduite par l'habitude de culpabiliser la victime, de l'interroger d'un ton accusateur et de ne pas accorder la priorité aux soins d'urgence à dispenser après l'agression sexuelle. Ces pratiques sont contraires à l'éthique. Il incombe aux professionnels de la santé de se montrer compréhensifs et de s'abstenir de porter un jugement lorsqu'ils dispensent des soins aux victimes/survivantes de violences.

Extrait et adapté de R. Jewkes, 2006. *Paper for Policy Guidance: Strengthening the Health sector Response to Sexual Violence [Document d'orientation politique : Renforcement de la réponse du secteur de la santé contre la violence sexuelle] (Inédit).*

Ressource supplémentaire :

- Voir le [Code international d'éthique médicale](#) et le site de [l'Association médicale mondiale](#).

B. Normes des prestations de services de santé.

- L'application de ces principes exige des responsables politiques, des administrateurs des services de santé et des agents de santé qu'ils aient une bonne compréhension de la façon dont lesdits principes se recoupent et de leur respect dans les prestations de services aux survivantes d'agressions sexuelles. On trouvera ci-dessous quelques exemples de ces normes.

PRINCIPES DE BASE	NORMES LIÉES AUX SERVICES
Respect de la vie privée	<ul style="list-style-type: none"> • Faire en sorte que les conversations entre victimes de l'agression sexuelle et prestataires de services ou la personne de l'accueil se déroulent en privé et ne puissent être entendues dans la salle d'attente ou les espaces attenants. Dans un contexte moins favorable, où de tels espaces n'existent pas, il faudra faire preuve de créativité en s'isolant avec la patiente dans une autre partie de l'établissement ou

	<p>sur un patio extérieur.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prévoir des dispositions et former le personnel pour garantir le respect de la vie privée des patientes adolescentes pour que, lorsqu'il est jugé bon, les membres de leur famille ne soient pas informés de la raison de leur visite.
Droit à la confidentialité	<ul style="list-style-type: none"> • Ne pas divulguer d'informations concernant une victime sans son consentement éclairé. Tout le personnel devrait suivre une formation sur la nécessité d'assurer la confidentialité et les services devraient avoir un règlement en la matière. Des mesures strictes devraient être appliquées pour garantir que le personnel ne parle des dossiers médicaux avec d'autres prestataires de service qu'en cas de stricte nécessité et en dans des conditions matérielles assurant la discrétion. • Prendre des dispositions de sécurité garantissant le caractère confidentiel des dossiers médicaux.
Liberté de choix / autonomie	<ul style="list-style-type: none"> • Obtenir le consentement éclairé de la patiente pour tous les examens et tests médicaux. Le principe d'autonomie suppose que les victimes puissent recevoir des soins sans passer au préalable par d'autres services ou comme condition pour recevoir d'autres soins. Leurs noms ne doivent pas être communiqués à d'autres organismes, qu'il s'agisse d'ONG, d'agents de santé ou de chercheurs, à moins qu'elles y consentent. L'autonomie est naturellement limitée lorsque la déclaration des agressions sexuelles est obligatoire et lorsque la victime est un enfant qui doit être protégé par les organismes publics, souvent des membres de sa famille (extrait de Jewkes, 2006). Il est par ailleurs important de faire connaître aux femmes les dispositions de la loi pour les aider à planifier leur sécurité.
Non-discrimination/ Équité	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir la même qualité de soins à toutes les personnes qui sollicitent de l'aide. • Faire en sorte que les programmes de santé soient adaptés aux différentes tranches d'âge et aux différents sous-groupes, largement accessibles dans différents contextes, par-delà les diversités géographiques, culturelles et linguistiques. • S'assurer que les victimes de la violence se voient proposer de nombreuses options d'assistance qui tiennent compte des besoins particuliers des femmes en butte à la discrimination sous plusieurs prétextes (Nations Unies, 2006a).
Dignité / Nature appropriée	<ul style="list-style-type: none"> • Faire en sorte que les examens médicaux puissent, à la demande des patientes, être conduits par du personnel féminin et encourager l'intégrité corporelle à cette occasion. • Rappeler aux victimes qu'elles ne sont pas fautives et que la maltraitance ne doit pas être tolérée (Carreta, 2008) • Garantir l'accès à la planification familiale, à la contraception et, lorsque la loi l'autorise, à l'avortement médicalisé (OMS, 2008) • Garantir la confidentialité et le confort des patientes avec des salles d'attente privées, des toilettes et des douches-lavabos privées, et une salle d'examen privée. (Jewkes, 2006)
Accessibilité	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer la gratuité des services aux victimes et des actions préventives (Schechtman, 2008; Claramunt et Cortes, 2003).

	<ul style="list-style-type: none"> • Veiller à l'accessibilité des services ou offrir un moyen de transport. • Maintenir le contact avec la collectivité, notamment par le biais d'organisations locales et non-gouvernementales. Trouver des moyens appropriés pour informer les membres les plus marginalisés de la collectivité des services à leur disposition (Jewkes, 2006). • Veiller à ce que les victimes puissent consulter des prestataires de services du même sexe.
Sécurité	<ul style="list-style-type: none"> • Veiller avant toute chose à la sécurité des victimes (Garcia-Moreno, 2002b), ainsi qu'à celle du personnel, et entretenir une ambiance de travail qui ne minimise ni ne refuse de reconnaître les risques de sécurité (Conseil de l'Europe, 2008a). Effectuer des évaluations de sécurité et prévoir des plans de sécurité.
Non-malfaisance	<ul style="list-style-type: none"> • Faire passer le bien-être des victimes et la prestation des services avant la collecte des données et autres objectifs secondaires.
Efficacité / Efficience	<ul style="list-style-type: none"> • S'assurer que les prestataires de services soient compétents, sensibles aux sexospécificités, reçoivent une formation continue et s'acquittent de leurs tâches conformément à des directives, protocoles et codes d'éthique clairement définis (Nations Unies, 2006a); • S'assurer que les politiques et programmes de santé soient fondés sur des connaissances; • Suivre et évaluer les prestations de services, avec la participation des utilisatrices des services. • Assurer la coordination des activités des acteurs multisectoriels. Les trousse de preuves d'agression sexuelle, la suite d'éléments de preuve et les formulaires courants doivent être soumis à l'approbation de tous les secteurs. (Jewkes, 2006).

IV. Que faire pour lancer ou améliorer une stratégie de la santé publique contre la violence à l'égard de femmes ?

A. Procéder à une analyse situationnelle du secteur de la santé.

- La première étape essentielle du processus est la réalisation d'une analyse et d'une cartographie de la situation afin d'évaluer la contribution du secteur de la santé dans la lutte contre la violence à l'égard des femmes. Cette sorte d'évaluation est indispensable à la programmation et à la standardisation de soins de qualité parmi les différents fournisseurs de services et à la coordination de leurs actions. Des évaluations périodiques seront également utiles pour déterminer le succès des activités et identifier les carences et les difficultés à surmonter (Bott et al., 2004).
- Il convient d'effectuer une analyse situationnelle complète à plusieurs niveaux. Au niveau national et sous-national, l'accent pourra être mis sur l'application des lois, politiques et protocoles, ainsi que sur les mécanismes

de coordination, le financement et autres ressources. Au niveau des établissements de santé, l'analyse pourra porter sur les politiques et protocoles institutionnels et sur la gamme et la qualité des services. Au niveau des prestataires de services, l'analyse situationnelle pourra s'intéresser aux compétences, comportements et pratiques. Au niveau communautaire, l'analyse devrait se pencher sur la nature et les modes d'expression de la violence, la recherche d'aide, les besoins en matière de santé et la perception de l'accessibilité aux services et de leur qualité.

- L'analyse situationnelle peut être considérée comme une intervention en soi, dans la mesure où elle contribue à lancer le débat public sur la violence à l'égard des femmes et des filles, à faire prendre conscience du problème et à amorcer le dialogue entre les principales parties intéressées et à l'intérieur de la communauté. Il est toutefois impératif que toute la recherche sur la violence soit orientée vers l'action, son objectif devant être l'amélioration du bien-être des victimes.
- La planification de l'analyse situationnelle doit être entreprise conformément [aux directives d'éthique](#) et obéir aux **normes éthiques et sécuritaires de l'OMS en matière de collecte d'informations sur la violence à l'égard des femmes** (voir les ressources ci-dessous).

PERSONNES À ÉVALUER	ÉLÉMENTS À ÉVALUER	MODES D'ÉVALUATION
<ul style="list-style-type: none"> • Principales parties prenantes et principaux intervenants engagés dans l'élaboration de programmes et protocoles; • Principales parties prenantes et principaux intervenants engagés dans les activités de 	<p>Aux niveaux national et sous-national :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existence de lois et politiques en vigueur qui favorisent la protection des femmes et des filles et contribuent à la prestation de services de santé éthiques et sécuritaires. • Existence de programmes, protocoles et autres cadres directeurs en matière de santé et leur financement. • Degré d'application des politiques, programmes et protocoles, notamment les lacunes et les goulets d'étranglement, l'infrastructure, les capacités des ressources humaines, les obstacles à l'accès de sous-groupes démographiques et les flux de ressources, entre autres facteurs institutionnels et administratifs. • Existence de mécanismes institutionnels de coordination au niveau national et sous-national, leur fonctionnement, les intervenants qui y participent et les intervenants devraient s'y participer. • Existence d'une offre de services de prévention, leur étendue, l'identité de leurs fournisseurs (pouvoirs publics, groupes féminins, ONG ou autres), les groupes qu'ils visent 	<ul style="list-style-type: none"> • Réexamen des évaluations existantes. • Entretiens informatifs avec les parties prenantes appropriées. • Groupes de réflexion. • Constats sur place.

<p>coordination;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Principales parties prenantes et principaux intervenants prestataires de services; • Membres de la communauté; • Dirigeants communautaires; • Organisations féminines. 	<p>et leur efficacité.</p> <p>Au niveau de la prestation de services (établissements et prestataires) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Services de santé dispensés aux victimes de la violence familiale, de la violence sexuelle et d'autres formes courantes de violence à l'égard des femmes et des filles dans le pays ou la région. • Organismes qui fournissent de tels services (pouvoirs publics, groupes féminins, ONG, autres). • Lieux de concentration des services et lacunes. • Modalités de financement des services et coûts pour les victimes. • Niveau de la qualité des services et expériences des utilisatrices/-teurs. • Identité des personnes qui y accèdent et de celles qui n'y accèdent pas. • Services offerts dans les différents types d'établissements (hôpitaux, salles d'urgence des hôpitaux, centres intégrés, dispensaires de santé reproductive; dans le cadre de soins prénatals, de tests volontaires de dépistage et de programmes de conseils ou de prévention, de traitement et de soins du VIH/sida). • Dispositions de sécurité (garde de sécurité, présence policière) et de confidentialité/anonymat (substitution du nom de la victime par un numéro de patient ou un faux nom) prises par les établissements. <p>Au niveau de la collectivité :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Principales formes de violence. • Comportements de demande d'aide et existence de services d'orientation. • Obstacles s'opposant à la demande d'aide. • Vulnérabilités et besoins des groupes marginalisés. 	
--	--	--

Adapté de J. Ward, 2010. [Guidelines on Coordinating GBV Interventions in Humanitarian Settings](#) [Directives pour la coordination des interventions contre la violence sexiste dans les situations humanitaires]. New York, GBV AOR Working Group, et de S. Bott, A. Guedes, A. Guezmes et C. Claramunt, 2004. *Improving the Health Sector Response to Gender-Based Violence: A Resource Manual for Health Care Professionals in Developing Countries* [Améliorer la réponse du secteur de la santé à la violence sexiste : Manuel destiné aux professionnels de la santé dans les pays en développement]. New York : IPPF/WHO. Disponible en [anglais](#) et en [espagnol](#).

Étude de cas : Le « chemin critique » en Amérique centrale et du Sud (Organisation panaméricaine de la santé)

L'étude du « Chemin critique » a marqué le début de l'engagement de l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) dans la lutte contre la violence à l'égard des femmes. Elle documente ce qui est arrivé aux femmes lorsqu'elles ont brisé le silence en sollicitant activement l'aide des pouvoirs publics, de l'Église et des établissements d'enseignement de leur communauté, et même de leurs voisins et membres de leur famille, et permet, pour la première fois, de mieux comprendre le processus. L'étude a été menée dans 16 communautés des 10 pays suivants choisis par deux projets de l'OPS sur la violence à l'égard des femmes : Belize, Bolivie, Costa Rica, Équateur, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panama et Pérou. Les communautés ciblées reflétaient la diversité des conditions urbaines et rurales en Amérique latine, et celle de ses groupes ethniques. L'OPS et ses homologues du ministère de la Santé ont choisi les communautés en fonction de leur taille, de l'existence de services de base et de la présence d'ONG et d'associations féminines. Chaque communauté était représentée par un groupe de 15 à 27 femmes âgées de 15 ans ou plus, qui avaient subi des violences et contacté les services de santé au cours des 24 mois précédents. En outre, au moins 17 prestataires de différents centres de services ont été interviewés dans chaque communauté. Les données ont été analysées sur la base de l'interprétation d'un questionnaire structuré. Les entretiens ont été enregistrés and transcrits en vue d'une analyse détaillée. Les chercheurs ont coopéré étroitement avec des associations communautaires pour les aider à renforcer leurs compétences et leurs connaissances en matière de collecte, d'analyse et d'utilisation des résultats. L'étude applique une méthodologie interactive, qualitative avec un protocole standard qui a été modifié et adapté aux besoins de différents groupes ethniques. L'information a été rassemblée lors d'entretiens approfondis avec des femmes et d'entretiens semi-structurés avec des prestataires de services de santé et des représentants de la police, du système juridique et judiciaire, des autorités religieuses et des ONG, et lors de débats avec les membres des collectivités. Pour des précisions sur le protocole de recherche utilisé et les outils de recherche, notamment les **entretiens avec les principales personnes interrogées** des différents secteurs, le **guide de l'entretien individuel avec les survivantes** et les **directives pour les groupes de réflexion**, voir la publication en [anglais](#) et en [espagnol](#).

Les recherches effectuées dans l'étude « Chemin critique » ont été suivies de la formulation d'un protocole d'évaluation rapide. Il pourra s'avérer utile de procéder à une enquête simplifiée s'inspirant de cette étude pour produire des données de base lorsque le temps, les ressources ou le personnel nécessaires disponibles ne permettent pas d'entreprendre une étude complète comme celle décrite ci-dessus. La version simplifiée du « Chemin critique » nécessite des entretiens avec des victimes de violences et des personnes susceptibles de fournir des services appartenant aux secteurs de la santé, de l'assistance juridique, de la police et au secteur associatif, afin d'évaluer l'expérience des victimes, d'améliorer la qualité des services et de permettre aux victimes de surmonter les difficultés identifiées aux différents stades des processus de soins et d'orientation. Pour une description du « protocole d'évaluation rapide » et des exemples d'outils appropriés, voir le manuel en [anglais](#) et en [espagnol](#).

Source : extrait de M. Velzeboer, M. Ellsberg, C. Arcas et C. Garcia-Moreno, 2003. [Violence against Women: The Health Sector Responds](#). [Violence à l'égard des femmes: Réponse du secteur de la santé]. Washington : PAHO, p. 9-11.

Ressources supplémentaires pour la recherche :

- **Priorité aux femmes : Principes d'éthique et de sécurité recommandés pour les recherches sur les actes de violence**

familiale à l'égard des femmes (OMS, 2001). Disponible en [anglais](#), [français](#) et [espagnol](#).

- **Ethical and Safety Recommendations for Interviewing Trafficked Women** (WHO, 2003) [*Principes d'éthique et de sécurité recommandés pour les entretiens avec les victimes de la traite des femmes*] (OMS, 2003). Disponible en [anglais](#), [arménien](#), [bosniaque](#), [croate](#), [espagnol](#), [japonais](#), [roumain](#), [russe](#) et [serbe](#).
- **Researching Violence against Women : A Practical Guide for Researchers and Activists: Chapter 2: Ethical Considerations for Researching Violence Against Women** [*Recherche sur la violence à l'égard des femmes : Guide pratique pour les chercheurs et les militants : Chapitre 2 : Principes d'éthique pour la recherche sur les actes de violence à l'égard des femmes*] (Path, 2005). Disponible en [anglais](#).
- **Principes d'éthique et de sécurité recommandés par l'OMS pour la recherche, la documentation et le suivi de la violence sexuelle dans les situations d'urgence** (OMS, 2007). Disponible en [anglais](#), [arabe](#) et [français](#).

Outils de référence pour analyses situationnelles :

- **How to Conduct a Situation Analysis of Health Services for Survivors of Sexual Assault: A Guide** [*Guide pour la réalisation d'une analyse situationnelle des services de santé pour victimes d'agression sexuelle*] (Sexual Violence Research Initiative, 2006). Disponible en [anglais](#).
- **Liste d'évaluation des besoins pour la prise en charge Clinique des survivantes d'agression sexuelle - Needs Assessment Checklist for Clinical Management of Survivors of Sexual Violence** (Organisation panaméricaine de la santé, 2010). Disponible en [anglais](#) et [français](#).
- **Comment aborder en pratique la violence liée au sexe : Guide programmatique à l'intention des praticiens et gestionnaires de santé** (Billings/FNUAP, 2001). Ce guide offre des précisions sur la préparation et mise en pratique du dépistage et du traitement de la violence sexiste dans les services de santé reproductive dans les contextes à faible revenu. Disponible en [anglais](#), [français](#) et [espagnol](#).

- “Conducting a Rapid Diagnosis of the Situation” in ***Improving Health Sector Response to Gender-based Violence: A Resource Manual for Health Care Professionals in Developing Countries*** [« Établir un diagnostic rapide de la situation » dans *Améliorer la réponse du secteur de la santé à la violence liée au sexe : Un manuel d'information à l'intention des professionnels de la santé dans les pays en développement*] (Fédération internationale pour la planification familiale/Région de l'hémisphère occidental, 2004). Voir p. 18-21. Disponible en [anglais](#) et en [espagnol](#).
- ***Situación De Los Servicios Médico-Legales Y de Salud Para Víctimas De Violencia Sexual En Centroamérica*** (M. Claramunt et M. Cortes/PAHO, 2003). Voir annexe 3. « Contenido de informes nacionales », pp. 61-67; Cuadro #8, « Existencia de profesionales por tipo de institución Honduras », p. 23; Cuadro #14, « Número de instancias por país », p. 31; Cuadro #17, « Número de instancias por 100,000 habitantes en Belice », p. 32. Disponible en [espagnol](#) .
- ***Programme Twubakane – Étude sur la prise en charge des violences basées sur le genre et sur la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant [Twubakane Gender-Based Violence/Preventing Mother to Child Transmission Readiness Assessment]*** (IntraHealth International, 2008). Matériels disponibles en [anglais](#) et en [français](#).
- ***Sexual and Reproductive Health for HIV-Positive Women and Adolescent Girls*** [*Santé sexuelle et reproductive des femmes et adolescentes séropositives au VIH*]. (Engenderhealth and International Community of Women Living with HIV/AIDS, 2006). Cet outil de santé reproductive peut également être transposé dans le domaine de la violence à l'égard des femmes; voir pp. 201-208 et 213-214. Disponible en [anglais](#).
- ***¡Ver y Atender! Guía Práctica para Conocer cómo Funcionan los Servicios de Salud para Mujeres Víctimas y Sobrevivientes de Violencia Sexual*** (E. Troncoso, D. Billings, O. Ortiz et C. S. Suárez/IPAS et FNUAP, 2006). Disponible en [espagnol](#).
- ***Organizational Assessment for Agencies Serving Victims of Sexual Violence*** [Évaluation organisationnelle pour les organismes desservant les victimes de violences sexuelles] (The National Resource Sharing Project and the National Sexual Violence Resource Center, 2010). Cet outil a été élaboré en vue d'aider les organisations qui fournissent des services aux victimes de violences sexuelles à repérer leurs points forts et

à se doter de stratégies pour améliorer leurs pratiques. Il est disponible en [anglais](#).

- Pour des ressources supplémentaires pour l'évaluation des établissements voir [Identification des besoins d'un établissement de santé par l'évaluation](#).

B. Instituer un comité multisectoriel de parties prenantes pour la coordination des actions aux niveaux national et local.

- Des groupes de coordination multisectorielle devraient être formés aux niveaux national, sous-national et local pour faciliter l'harmonisation des activités contre la violence à l'égard des femmes. Ces groupes devraient comprendre, à tout le moins, des fonctionnaires des secteurs concernés, des praticiens de santé, des prestataires de services d'autres secteurs clés, et des représentants d'associations féminines et d'autres organisations de la société civile activement engagées dans la lutte contre la violence à l'égard des femmes. Les participants devraient occuper des postes suffisamment élevés pour prendre des décisions de matière de coordination au nom de leurs institutions.
- Trop souvent, les parties prenantes considèrent l'échange d'informations comme l'objectif principal de l'exercice, mais s'il est vrai que c'est là un aspect important de la coordination, ce n'est pas le seul. La coordination consiste en la mise en place de plans d'action multisectoriels et interorganisations pour lutter contre la violence à l'égard des femmes, c'est-à-dire visant à passer de la théorie à l'action. Le but de la coordination est d'offrir des services accessibles, rapides, confidentiels et adaptés aux besoins des victimes de la violence conformément à un ensemble de [principes directeurs](#) de base, et d'établir des mécanismes de prévention de la violence.
- Les intervenants du secteur de la santé pourront utiliser le mécanisme de coordination pour renforcer les activités en matière de santé liées au développement de politiques et de programmes. Certaines de ces activités viseront à :
 - Faciliter [l'évaluation](#) des activités de prévention et d'intervention du secteur de la santé;
 - Développer et suivre les [systèmes informatiques](#) de données sur la santé en matière de violence à l'égard des femmes et des filles;

- Favoriser le [financement](#) de la programmation et de la gestion des activités en matière de santé;
 - [Plaider](#) en faveur de l'amélioration des programmes de santé;
 - Encourager le développement et la mise en place de [programmes](#), de [protocoles](#) et d'autres instruments liés à l'intervention du secteur de la santé contre la violence à l'égard des femmes;
 - [Coordonner les réseaux](#) et alliances au sein du secteur de la santé et avec d'autres secteurs aux fins d'orientation et de soutien;
 - [Surveiller](#) la prestation des services tant du point de vue de leur disponibilité que de leur qualité.
- Le renforcement de la coordination à tous les niveaux nécessite la désignation de responsables dans ce domaine et la définition de leurs attributions. Chaque secteur devrait se voir attribuer des tâches précises, avec des directives claires à suivre qui seraient communiquées à toutes les institutions et à tous les secteurs. Afin de garantir la viabilité et de renforcer la responsabilisation et l'action des pouvoirs publics, il est préférable dans la plupart des situations que l'harmonisation et le suivi des activités de coordination relèvent des autorités gouvernementales. La direction des mécanismes de coordination est souvent confiée au ministère ou à l'organisme chargé de la supervision du programme national de lutte contre la violence à l'égard des femmes. Il est souhaitable que les fonctions d'encadrement du mécanisme de coordination soient définies par des termes de référence et que les activités du groupe de coordination soient guidées par un plan d'action.
 - Il convient également de prévoir le développement de structures et de protocoles destinés à relier les mécanismes de coordination nationale aux mécanismes sous-nationaux et locaux, compte tenu du fait que ces organes de coordination remplissent souvent des fonctions différentes mais complémentaires : les mécanismes de coordination au niveau national seront peut-être plus sollicités pour l'exécution de projets plus ambitieux (mobilisation à l'échelle nationale, collecte et gestion de données, programmes et protocoles nationaux, etc.), alors que les mécanismes de coordination des niveaux sous-national et local seront probablement plus utilisés pour l'orientation opérationnelle et la supervision des prestations de services. Il s'agira également de définir des modalités d'échange périodique d'informations entre les groupes de coordination des différents niveaux par le truchement des réseaux de communication établis.

**Exemple : Programme de partenariats contre la violence familiale en
Australie**

Cette initiative modèle est l'aboutissement de la collaboration du gouvernement et des États et Territoires de l'Australie, avec la participation des milieux d'affaires, des ONG et des collectivités. Les principales actions entreprises dans le cadre de ce programme sont les suivantes : campagnes d'éducation communautaire, définition de critères nationaux de compétences pour les agents participant à la lutte contre la violence domestique, organisation d'ateliers pour les jeunes sur la violence, établissement d'un centre d'échanges d'informations et de pratiques optimales et élaboration de programmes s'adressant aux auteurs d'actes de violence. Une série de manifestations organisées à l'échelle nationale a facilité la diffusion locale, régionale et nationale d'informations utiles sur les récentes conclusions d'études, d'initiatives et de programmes sur la violence domestique. Les travaux en cours portent sur l'impact de la violence domestique sur les enfants, le renforcement des programmes destinés aux auteurs de violences et l'éducation communautaire de certains segments démographiques, notamment les communautés autochtones et les communautés multiculturelles et multilinguistiques (Extrait de Commonwealth Secretariat. 2003. *Integrating Approaches to Eliminating Gender-based Violence*, p.25. [Intégration des approches d'élimination de la violence sexiste].

On trouvera [ici](#) une description du Partnership Project et d'autres programmes nationaux de lutte contre la violence domestique en Australie.

Étude de cas : Projet pour des soins intégrés aux victimes de la violence sexuelle/Proyecto de Atención Integral a Víctimas Sobrevivientes de Violencia Sexual (Ipas et Marie Stopes, Bolivie)

En Bolivie, un cadre juridique plutôt solide et la prestation généralisée de services (médicaux, juridiques et psychosociaux) par les ONG, les organismes privés et les pouvoirs publics ont contribué au renforcement des services coordonnés pour les victimes des agressions sexuelles. Plusieurs institutions, dont le FNUAP, ont financé une analyse cartographique et situationnelle pour mieux évaluer les forces et les faiblesses des modèles de services en place. Les conclusions ont permis de relever les points faibles et identifié des points d'entrée pour la réalisation d'un modèle d'intervention intégrée et exhaustive. Dans ce contexte, Ipas Bolivie et Marie Stopes se sont impliqués entre 2005 et 2008 dans un projet visant à mettre en place un modèle s'appuyant sur une approche intégrée et exhaustive, en vue de réduire la violence sexuelle et ses incidences, et d'offrir aux victimes les moyens d'exercer leurs droits et de réclamer l'accès à des services sanitaires et juridiques de qualité.

Les éléments du modèle ont comporté :

- Un réseau de services aux victimes pour une compréhension mutuelle d'une approche intersectorielle entre les secteurs clés, à savoir la justice, l'aide sociale, la santé, l'éducation et les ONG.
- Une équipe interdisciplinaire susceptible de fournir des services intégrés.
- Des réseaux sociaux et institutionnels de prévention renforcés.
- Des normes de soins de qualité pour tous les intervenants.

Les activités de mobilisation entreprises dans le cadre du projet ont abouti à la constitution d'un Comité national de lutte contre la violence sexuelle composé de plus d'une trentaine d'organismes publics, d'ONG et d'associations de la société civile chargés d'améliorer les programmes nationaux dans ce domaine. La coordination a été assurée par le Département de la Justice et des Droits, le Ministère de la Santé, le Ministère de la condition féminine, les représentants de l'ordre public, Ipas et le Plan international. Les travaux du comité ont abouti à l'adoption d'une « Déclaration relative aux soins intégrés en matière de violence sexuelle », réaffirmant l'attachement des pouvoirs publics à cette approche aux niveaux national et sous-national.

Afin de rendre l'engagement opérationnel, des « tables de travail » ont été formées pour permettre aux principaux intervenants d'aborder, d'étudier et de formuler des stratégies coordonnées facilitant la fourniture d'une gamme complète de services.

Cette démarche s'est accompagnée d'une campagne de médias sociaux de grande envergure, « la violence sexuelle touche tout le monde », menée en espagnol, quechua et aymara et adaptée aux différents publics et différentes situations. Les journalistes et les médias ont également fait l'objet d'importants efforts en matière de formation et de sensibilisation.

Pour de plus amples renseignements, veuillez consulter l'étude intégrale de cas sur la Bolivie en [espagnol](#).

Pour des renseignements supplémentaires sur les bonnes pratiques et les leçons tirées de la prestation de services intégrés aux survivants de la violence sexuelle, veuillez consulter l'étude de cas sur la Bolivie, le Brésil, le Costa Rica et le Mexique en [espagnol](#).

Étude de cas : Groupe de travail national sur les soins intégrés dans le domaine de la violence familiale au Pérou

Au Pérou, administrations publiques, associations de la société civile et institutions internationales ont joint leurs efforts pour élaborer un modèle national de prévention et de sensibilisation à la violence familiale et sexiste. La mise en place de la *Mesa Nacional Multisectorial para la Atención Integral de la Violencia Familiar* (Groupe de travail national multisectoriel sur les soins intégrés de la violence familiale) leur a en effet permis de formuler une approche coordonnée et durable du problème. De surcroît, la coordination des apports et des compétences des membres du groupe a contribué à améliorer la qualité et à renforcer l'efficacité des programmes et des actions de lutte contre la violence sexiste. Le Groupe de travail a ainsi contribué à l'organisation de stages de formation destinés aux prestataires de services de santé et d'autres secteurs et à l'établissement d'une base de données nationale sur les informations, la recherche et les résultats de la surveillance. Le modèle du Groupe de travail national a été reproduit dans 18 départements et dans un grand nombre des communautés de ceux-ci. La coordination des activités a permis aux différents secteurs de surmonter de nombreux obstacles réfractaires et de coopérer sur l'assistance et les soins fournis aux victimes de la violence. La décentralisation des groupes de travail a également sensibilisé les communautés locales au phénomène de la violence et a offert des incitatifs pour résoudre le problème. L'action a été renforcée par des échanges réguliers de leçons tirées et de pratiques optimales appliquées dans les communautés et les départements. À partir de 1997, certaines communautés ont mis sur pied des groupes d'auto-assistance composés de femmes victimes de la violence. Les groupes de travail ont coordonné leurs activités et les institutions membres ont participé à la formation des coordinatrices de ces groupes de Lima, de Cuzco et de Plura, ce qui a abouti à la constitution d'une quarantaine de groupes de femmes, d'hommes et mixtes, soit environ 5 000 participants par an, en majorité des femmes. L'Organisation panaméricaine pour la santé a animé les activités de recherche de consensus, de constitution des groupes de travail, et d'établissement de groupes d'auto-assistance.

Des renseignements supplémentaires sur les groupes de travail et les actions multisectorielles contre la violence domestique sont disponibles en [espagnol](#).

Voir également le plan national d'action du Pérou sur la violence à l'égard des femmes (2009-2015). Disponible en [espagnol](#).

Source : Extrait de Velzeboer, M., Ellsberg, M., Arcas, C., and Garcia-Moreno, C., 2003. [Violence against Women: The Health Sector Responds](#) [Violence à l'égard des femmes: réponse du secteur de la santé]. Washington, DC: PAHO/OPS, p.34.

Exemples d'outils :

- **Bridging Gaps – From Good Intentions to Good Cooperation** [Comblant les lacunes : des bonnes intentions à la bonne coopération] (Women Against Violence in Europe, 2006). Ce manuel est destiné aux prestataires de services de tous les secteurs engagés dans la lutte contre la violence à l'égard des femmes. Il contient des directives et des recommandations sur la coopération interorganisations dans le domaine de la protection des victimes de la violence domestique. Le manuel s'articule en 15 chapitres qui fournissent des informations de base sur violence à l'égard des femmes et abordent des questions comme la prestation de services multisectoriels et la coopération interorganisations, la mise en pratique de normes générales et sectorielles, la prévention de la violence et la planification de la sécurité, la participation des survivantes aux programmes et les actions et modèles de coopération interorganisations. Disponible en [anglais](#); 116 pages.
- **Guidelines on Coordinating GBV Interventions in Humanitarian Settings** [Directives de coordination des interventions de lutte contre la violence sexiste dans les situations de crise humanitaire] (Ward, J./GBV Area of Responsibility, 2010). Disponible en [anglais](#).

Ressources supplémentaires :

- **Recommandation Rec 2002,(5) du Comité des ministres aux États membres (Conseil de l'Europe)**, paragraphe 27. Disponible en [anglais](#), [français](#) et [allemand](#).
- **Community of Practice in Building Referral Systems for Women Victims of Violence** [Communauté de pratique de développement de systèmes d'orientation pour les femmes victimes de la violence] (Jennings, M./UNRWA, 2010) Disponible en [anglais](#).

C. Veiller à ce que des mesures législatives appropriées soient en place.

- Il convient que des mesures législatives appropriées soient en place pour que le secteur de la santé puisse élaborer et offrir des services intégrés. Certaines de ces mesures peuvent viser de manière générale les questions relatives à la violence à l'égard des femmes alors que d'autres peuvent être

plus spécifiquement axées sur les services de santé pour les victimes. Les personnes qui souhaitent l'amélioration des programmes de santé devraient procéder à l'évaluation des dispositions législatives en vigueur et, le cas échéant, s'employer à les réformer dans les domaines clés relatifs à la qualité des services et des droits des victimes (Bott, Morrison et Ellsberg, 2005a).

- Le processus d'élaboration des mesures législatives sur la violence à l'égard des femmes est décrit en détail dans le [module sur la législation](#). Les questions se rapportant directement au secteur de la santé ont été extraites de ce module et sont présentées ci-dessous.

1. Examiner les lois en rapport avec le secteur de la santé et la violence à l'égard des femmes et des filles.

- En règle générale, et quel que soit le type de violence dont il s'agit, la législation en rapport avec la santé devrait comporter une proclamation des droits des victimes qui réaffirme l'importance de la sécurité de celles-ci et de l'aide qui leur est apportée, assurer la confidentialité des documents les concernant et viser à prévenir de nouvelles violences à leur égard. La législation devrait désigner un ou plusieurs organismes chargés des services aux victimes et en fixer clairement les attributions. La législation devrait également définir avec précision les services fournis pour chaque type de violence et réaffirmer l'obligation des praticiens de santé d'offrir une gamme de services complets. Elle devrait enfin confier aux organismes de coordination, d'exécution et de financement le mandat d'assurer la mise en place, le suivi et l'évaluation de ces services.

- Éléments clés en matière de **violence domestique** :

D. La législation devrait rendre obligatoire **l'accès aux services de santé** pour blessures corporelles consécutives à la violence ou soins de longue durée, notamment les services de santé sexuelle et reproductive, [la contraception d'urgence](#), [la prophylaxie du VIH](#) et [l'avortement médicalisé](#) (lorsqu'il est autorisé par la loi) en cas de viol.

Exemple : La loi Maria da Penha n°11.340 (2006) du **Brésil** (disponible en [portugais](#) et en [anglais](#)) contient la disposition suivante : *L'aide accordée à une femme en situation de violence conjugale ou familiale comprendra l'accès aux services les plus avancés du point de vue scientifique et technologique, notamment les services de contraception d'urgence, la prophylaxie des maladies sexuellement transmises (MST) et du syndrome d'immunodéficience acquise (sida) et autres interventions médicales nécessaires et appropriées en cas de violence sexuelle.* Chapitre 2, article 9, paragraphe 3.

- La législation devrait imposer des **protocoles** et des **formations** aux prestataires de soins de santé, dont beaucoup sont les premiers à intervenir en cas de violence familiale. Une description détaillée des blessures subies par la victime aidera celle-ci à obtenir réparation en justice.

Exemple : [La loi contre la violence à l'égard des femmes et de leurs enfants](#)

(2004) (en anglais) des **Philippines** fait obligation aux prestataires de services de santé, aux thérapeutes et aux conseillers qui savent ou soupçonnent que des actes de maltraitance ont été commis de consigner les déclarations des victimes et les circonstances de leur visite, d'indiquer dûment tous les préjudices physiques, affectifs et psychologiques subis, de fournir une attestation médicale gratuite de l'examen et de conserver le dossier médical de la victime. Les praticiens doivent également aviser immédiatement les victimes de leurs droits et des recours auxquels elles ont droit conformément à la législation des Philippines, ainsi que des services à leur disposition. Section 31.

- La loi devrait interdire la **divulcation d'éléments d'information** sur les cas concrets de violence domestique aux organismes publics sans le consentement éclairé de la plaignante/survivante, celle-ci ayant eu l'occasion d'être conseillée par un avocat ou un juriste, à moins que ces éléments ne portent aucune marque d'identification (c'est-à-dire qu'ils soient présentés de manière qui ne permet pas d'identifier la victime).

Exemple: [La loi contre la violence à l'égard des femmes et de leurs enfants](#)

(2004) (en anglais) des **Philippines** dispose ce qui suit : *Confidentialité – Tous les dossiers relatifs aux cas de violence à l'égard des femmes et de leurs enfants, y compris ceux des barangay, sont confidentiels et tous les fonctionnaires et employés et les dispensaires ou hôpitaux publics et privés devront respecter le droit à la vie privée de la victime. Quiconque rendra publics ou contribuera à rendre publics, sous quelle que forme que ce soit, le nom, l'adresse, le numéro de téléphone, l'école, l'adresse professionnelle, l'employeur, ou toute autre information permettant d'identifier la victime ou un membre proche de sa famille, sans le consentement express de la victime, sera passible d'outrage à magistrat.* Section 44.

- La législation devrait comporter des dispositions qui prévoient la **collaboration** et la **coopération** des organismes publics actifs dans la lutte contre la violence domestique. Les membres des ONG qui fournissent des

services directement aux victimes de la violence domestique devraient animer cette collaboration.

Exemples de nations qui exigent une coopération entre les organisations de l'État :

- L'un des objectifs de la loi de l'**Albanie** sur les [Mesures de prévention de la violence dans les relations familiales](#) (en anglais) (2006) est le suivant : a. *établir un réseau coordonné d'autorités responsables de la protection, du soutien et de la réhabilitation des victimes, de l'atténuation des conséquences et de la prévention de la violence domestique.* Article 2.

- [La loi contre la violence à l'égard des femmes et de leurs enfants](#) (2004) (en anglais) des **Philippines** contient les dispositions suivantes en matière de collaboration communautaire :

SEC. 39. Conseil interorganisations sur la violence à l'égard des femmes et de leurs enfants (IAC-VAWC). Conformément à la politique ci-dessus mentionnée, il est décidé par la présente d'établir un Conseil interorganisations sur la violence à l'égard des femmes et de leurs enfants, ci-après dénommé le Conseil, qui sera constitué des organismes suivants : Ministère du Bien-être et du Développement social, Commission nationale sur le rôle des femmes philippines, Commission de la fonction publique, Conseil pour le bien-être de l'enfant, Ministère de la Justice, Ministère de l'Intérieur et des Gouvernements locaux, Police nationale des Philippines, Ministère de la Santé, Ministère de l'Éducation nationale, Ministère du Travail et de l'Emploi et Bureau national des enquêtes.

Ces organismes sont chargés d'élaborer des programmes et des projets visant à éliminer la violence sexiste en conformité avec leurs mandats et à mettre au point des programmes de sensibilisation de leurs employés aux besoins de leurs clientes. Le Conseil fera également fonction d'organe de contrôle des activités contre la violence sexiste...

SEC. 42. Formation des intervenants engagés dans les activités contre la violence à l'égard des femmes et leurs enfants. - Les personnels des organismes qui participent aux activités destinées à combattre la violence à l'égard des femmes et de leurs enfants devront suivre des cours et une formation pour se familiariser avec la nature, l'ampleur et les causes de la violence envers les femmes et leurs enfants, les droits et les recours judiciaires à la disposition de ceux-ci, les services et soins qui leur sont offerts, l'obligation faite par la loi aux agents de police de procéder à des arrestations et d'offrir une protection et des secours, et les méthodes de traiter les incidents violents contre les femmes et leurs enfants de manière à réduire au maximum les risques de blessure pour l'agent de police et de renforcer la sécurité de la victime ou du/de la survivant(e)....

- La loi organique de l'Espagne relative aux mesures de protection intégrale contre la violence de genre de 2004 (disponible en [espagnol](#) et en [français](#)) contient à son article 19 les dispositions suivantes :

Les femmes victimes de la violence de genre ont droit aux services sociaux

intégrés d'attention, de secours, d'appui, d'accueil et de récupération. [...] Ces services interviendront de façon coordonnée et en collaboration avec les Corps de sécurité, les juges chargés de la violence envers la femme, les services sanitaires et les institutions chargées de prêter une assistance juridique aux victimes, présentes sur le territoire géographique correspondant.

La loi espagnole prévoit également des mécanismes de financement et d'évaluation des procédures de coordination.

Éléments clés en matière de **violence sexuelle** :

- La loi devrait reconnaître le droit des survivantes de ne pas faire l'objet, à aucun stade du processus, d'actes de discrimination fondée sur la race, le genre, l'orientation sexuelle ni toute autre caractéristique. Voir : [Manuel de l'ONU](#), 3.1.3.
- La loi devrait prévoir la disponibilité d'une **gamme complète de services de santé** permettant de traiter les conséquences physiques et psychologiques de l'agression sexuelle. Ces services devraient comprendre : un centre de secours d'urgence en cas de viol pour 200 000 habitants, des programmes pour les victimes d'agressions sexuelles, des programmes pour les témoins des victimes, des programmes pour les victimes âgées, des numéros d'urgence pour les victimes d'agressions sexuelles, et des programmes pour les victimes d'inceste. Voir : [Manuel de l'ONU](#) 3.6.1 et 3.6.2. La loi devrait prévoir également un mécanisme de diffusion d'informations sur ces questions aux victimes de la violence. Voir : Minnesota, Loi des États-Unis §611A.02; la Loi d'aide aux victimes de viol et de protection des victimes de viol des Philippines (1998), disponible en [anglais](#). La loi devrait enfin stipuler que l'accès à ces services n'est ni limité ni subordonné à des conditions préalables de temps ni d'autres conditions. Voir : Organisation mondiale de la santé, *Guidelines for Medico-Legal Care for Victims of Sexual Violence [Directives pour les soins médico-légaux des victimes de violences sexuelles]* (2003). Disponible en [anglais](#).

Exemple : La loi de prévention et d'élimination de la violence à l'égard des femmes et de la violence sexiste de Saint-Marin (2008), disponible en [anglais](#), exige de l'État qu'il fournisse aux victimes de ces formes de violence des services sociaux spécialisés faciles d'accès pour les victimes et employant un personnel ayant reçu une formation appropriée. Ch. 1 Art. 4

Leçons à retenir : Dans de nombreux pays, la loi exige que les agressions sexuelles soient déclarées à la police. Cette disposition, dite **déclaration obligatoire**, est la plus courante en cas d'agression sexuelle contre les enfants. Dans certains pays, il est prévu que cette déclaration précède l'accès aux services de santé, la pratique dans le secteur de la santé étant que les

victimes/survivant(e)s de l'agression sexuelle soumettent une déclaration à la police avant de se faire soigner. S'il est évident que les agents de santé doivent respecter les lois de leur pays, il n'est toutefois pas souhaitable que les politiques du secteur de la santé fassent passer les besoins de la justice avant ceux de la santé. L'accès aux soins médicaux devrait avoir la priorité sur les déclarations à la police, et les politiques en matière de santé et de justice devraient l'indiquer clairement (Jewkes, 2006). Il a également été constaté que la déclaration obligatoire à la police a des effets dissuasifs qui font que les femmes hésitent à se faire soigner et que les prestataires de services s'abstiennent de poser des questions ayant trait à la violence par crainte de se voir impliqués dans des procédures judiciaires (Velzeboer, 2003).

- La législation **devrait** stipuler que les **coûts de l'examen médico-légal** nécessaire à la collecte et garde des preuves d'activité sexuelle criminelle seront pris en charge par un organisme public de l'endroit où l'agression sexuelle a été commise. Voir [Sexual Offences Act \(2003\) of Lesotho](#), Part VI, 21 (1).
- La collecte de preuves scientifiques devrait être décentralisée. Les activités de prélèvement d'ADN, les examens de santé et la préparation des rapports devraient être confiés à un personnel médical plus nombreux et plus diversifié sur le plan professionnel, comme les infirmiers et les sages-femmes, ainsi que les médecins (Kilonzo, 2008a). L'expérience montre que les [examens médico-légaux effectués par des infirmiers](#) ont permis de réduire les délais d'attente et d'analyse des résultats, d'augmenter la production de trousse médicolégales pour les cas d'agression sexuelle, de les rendre plus fiables et plus exhaustives, de renforcer la chaîne de preuves et de responsabilités, d'aider les représentants de la force publique à réunir des informations et à porter ou déposer plainte, et d'améliorer les chances de poursuites judiciaires et de condamnations (extrait de J. Du Mont et D. White, 2007. [The Uses and Impact of Medico-legal Evidence in Sexual Assault Cases: A Global Review](#). (Utilisations et impact des preuves médicolégales en cas d'agression sexuelle: Un examen global) (Genève, OMS, p.37). Ces mesures doivent être suivies par leur mise en pratique par d'autres parties intéressées compétentes (procureurs) pour garantir que les pièces à conviction sont examinées et utilisées.

Leçons tirées: De nombreux pays **réservent la collecte de preuves médicolégales** à des médecins spécialement habilités, comme les chirurgiens de district ou les médecins légistes. Leur nombre limité et leur manque de disponibilité posent problème aux femmes qui souhaitent pouvoir utiliser ce genre de services. Elles sont souvent obligées de patienter très longtemps ou de suivre des chemins tortueux pour obtenir les soins dont elles ont besoin. Dans

certaines situations, les examens médico-légaux sont utilisés (de manière peu fiable) pour déterminer si une fille ou une femme a perdu sa virginité – élément de preuve susceptible de servir comme pièce à conviction (Human Rights Watch, 1999; Brown, 2001). Certains pays s'efforcent désormais de développer et de fournir de meilleurs services, notamment par la professionnalisation et la formation de personnel médical supplémentaire.

- La législation devrait **garantir la gratuité et le libre accès aux examens** pour maladies sexuellement transmises, la [contraception d'urgence](#), les examens de grossesse, les avortements et [la prophylaxie post-exposition](#) (PEP). La prophylaxie post-exposition (PEP) est un traitement antirétroviral administré dans des délais très brefs qui vise à réduire les chances d'infection à VIH causée par une possible exposition, dans le cadre du travail ou pendant les rapports sexuels. D'après l'Organisation mondiale de la santé. Voir: Stefiszyn – [A Brief Overview of Recent Developments in Sexual Offences Legislation in Southern Africa](#) (Aperçu sommaire des récents développements législatifs en matière de délits sexuels en Afrique australe), document d'experts préparé en vue de la réunion du Groupe d'experts sur les bonnes pratiques législatives en matière de violence à l'égard des femmes, mai 2008.

Exemple : L'Amendement à la législation pénale (délits sexuels et questions connexes) (no.32) **de l'Afrique du Sud** stipule que toute victime rapportant un acte d'agression sexuelle à la police ou à un médecin devra recevoir des informations sur les maladies sexuellement transmises et l'importance de la prophylaxie post-exposition (PEP) dans les 72 heures qui suivent l'agression. Ch. 5, 28 (3).

Exemple : Dans une décision de 2010, la Cour suprême du **Mexique** a confirmé la Norma Oficial Mexicana ([NOM-046-SSA2-2005](#)) Violencia familiar, sexual y contra las mujeres qui enjoint tous les États de la Fédération de distribuer le contraceptif oral d'urgence et de faciliter l'accès à l'avortement médicalisé des victimes de viol.

- La législation devrait garantir **une intervention coordonnée de la communauté** pour les victimes d'agressions sexuelles. Voir: [Intervention coordonnée d'urgence](#). StopVAW, the Advocates for Human Rights (Faire cesser la violence à l'égard des femmes, les Défenseurs des droits de la personne).

- La législation devrait prévoir la constitution [d'équipes](#) ou l'élaboration de programmes d'intervention coordonnée en cas d'agressions sexuelles afin d'offrir aux victimes toute la gamme de soins et de services indispensables (juridiques, médicaux et sociaux) et d'augmenter les chances de poursuites judiciaires contre de tels actes. Les programmes et équipes devraient comprendre un expert légiste, un défenseur des victimes des agressions sexuelles, un procureur, et un représentant des forces de l'ordre. Tous les participants devront observer les protocoles qui fixent leurs attributions en matière de soins et de prestation de services aux victimes d'agressions sexuelles. Voir:
- La législation devrait prévoir **un financement réservé** à la constitution d'équipes de prestataires de services pour les victimes d'agressions sexuelles, aux frais d'enregistrement professionnel et à l'organisation de formations à leur intention. *Voir: Good Practices in legislation on – harmful practices against women (2010) (Bonnes pratiques législatives – mauvaises pratiques législatives à l'égard des femmes). 3.4.2. et 3.4.3.*
- La législation devrait inclure toutes les dispositions nécessaires à **l'application intégrale** des législations en matière d'agression sexuelle, notamment le développement de protocoles, de règlements et de formulaires uniformisées indispensables à l'application des lois. La législation devrait exiger que le développement de ces protocoles, règlements et formulaires intervienne dans les mois suivant l'entrée en vigueur de la loi, et fixer un délai entre l'adoption d'une loi sur l'agression sexuelle et la date de son entrée en vigueur. Voir [UN Handbook](#) (Manuel de l'ONU) 3.2.6 et 3.2.7.
- La législation devrait stipuler que le contrôle de l'application des lois sur les agressions sexuelles et la collecte périodique de données sur ces actes seraient confiés à un organisme particulier. Voir: [UN Handbook](#) (Manuel de l'ONU) 3.3.1 et 3.3.2.

Exemple: [La loi sur les délits sexuels \(no.3\) \(2006\) du Kenya](#) comporte la disposition suivante: - *Le(La) Ministre devra (a) établir un cadre politique national de supervision de l'application et de l'administration de cette Loi afin de pouvoir pourvoir des soins satisfaisants et uniformes à toutes les victimes de délits de nature sexuelle, notamment le traitement et les soins fournis aux victimes*

d'agressions sexuelles; (b) réexaminer le cadre politique au moins tous les cinq ans; et (c), y apporter des modifications, s'il y a lieu. Section 46.

Instruments supplémentaires :

Voir [Tools for Developing Legislation on Domestic Violence](#) and [Tools for Drafting Legislation on Sexual Assault](#) in the module [Developing Legislation on Violence Against Women and Girls](#) (Instruments de développement de législation sur la violence familiale et Instruments de rédaction de législation sur l'agression sexuelle du module Développement de législation sur la violence à l'égard des femmes). Le module fournit également des indications sur la législation liée à le harcèlement sexuel, à la traite et à l'exploitation sexuelle, aux pratiques nuisibles, au mariage forcé et précoce, à la mutilation ou l'excision génitales féminines, aux crimes d'honneur, à la maltraitance des veuves et à la violence liée à la dot.

2. Animer la mobilisation pour améliorer la législation.

- Les actions de mobilisation sont souvent interprétées à tort comme synonyme de stratégies de communication visant la modification des comportements (BCC), de stratégies d'information, d'éducation et de communication (IEC) et/ou d'actions communautaires. S'il est vrai que ces actions visent à encourager les changements et supposent le développement de messages destinés à divers publics, l'action de mobilisation s'en distingue du fait que son objectif final est le changement d'orientation politique. Le processus de mobilisation est mené à son terme lorsqu'un décideur adopte la ligne politique préconisée. Bien qu'un aspect important de ce processus, la sensibilisation du grand public n'en est pas l'objectif majeur.
- L'action collective est souvent bien plus efficace que l'action individuelle, et les revendications exprimées collectivement permettent d'éviter le risque de représailles contre un individu ou une organisation, surtout s'il s'agit d'une question controversée ou délicate. C'est pourquoi il vaut souvent mieux que les actions de mobilisation soient menées de manière coordonnée par un collectif des principales parties intéressées organisé, par exemple, sous la forme d'une coalition. Le personnel médical devrait développer et appliquer des stratégies de sensibilisation dans le cadre d'un mécanisme de coordination.

- Le tableau ci-après donne un aperçu rapide des étapes d'une stratégie de sensibilisation (extrait de Ward, 2010 et adapté d'après le Centre pour le développement et les activités en matière de population, 2000).

Collecte de données Suivi et Évaluation

1^{ère} ÉTAPE: Les partenaires examinent la QUESTION à laquelle ils souhaitent donner une autre orientation politique. La question est clairement définie, bien comprise et jugée importante par les partenaires.

2^e ÉTAPE: Les partenaires fixent un BUT pour la sensibilisation (à moyen ou long terme avec des changements éventuels) ET DES OBJECTIFS (à court terme, concrets, quantifiables) s'inspirant de la question étudiée.

3^e ÉTAPES: Les partenaires désignent L'AUDIENCE ciblée par cette action: les décideurs qui ont l'autorité de modifier les orientations politiques.

4^e ÉTAPE: Les partenaires choisissent des interlocuteurs qualifiés en matière de sensibilisation (en collaboration peut-être avec un sous-groupe de coordination), développent un MESSAGE de sensibilisation incontestable et l'adaptent aux centres d'intérêt de l'audience ciblée.

5^e ÉTAPE: Les partenaires désignent les COURANTS DE COMMUNICATION les plus adaptés pour diffuser le message de sensibilisation à l'audience ciblée. Cette action peut revêtir la forme d'une conférence de presse, d'une note d'information aux cadres de direction, d'un débat, d'une réunion avec les décideurs politiques, etc.

6^e ÉTAPE: Les partenaires s'efforcent d'élargir L'ADHÉSION des membres de la société civile et d'autres partenaires.

7^e ÉTAPE: Les partenaires RÉUNISSENT DES FONDS et mobilisent autres moyens de soutien à la campagne de sensibilisation.

8^e ÉTAPE: Les partenaires EXÉCUTENT leur stratégie de sensibilisation suivant un Plan d'action.

La collecte de données accompagne le processus de sensibilisation de manière continue et peut inclure des activités de recherche sur l'attitude de l'audience ciblée sur la question à l'étude.

Les activités de suivi et d'évaluation se déroulent tout le long du processus de sensibilisation. Les militants devront décider avant le lancement de la campagne des moyens à utiliser pour surveiller sa mise en application. En outre, les membres du groupe devront décider comment évaluer ou mesurer les résultats. Peuvent-ils véritablement espérer pouvoir provoquer un changement de

politique, de programme ou de financement par leur action? Comment le groupe saura-t-il que la situation a changé?

Étude de cas : The South African Gender-Based Violence and Health Initiative ([SAGBVHI](#)) (Initiative sud-africaine sur la violence liée au sexe et la santé)

Les coalitions du secteur de la santé ont un rôle important à jouer dans **la mobilisation pour la réforme des politiques et des institutions publiques**. À titre d'exemple, *The South African Gender-Based Violence and Health Initiative ([SAGBVHI](#))* réunit 15 partenaires associatifs et individuels d'Afrique du Sud. Ils effectuent des recherches, renforcent les capacités de recherche, en diffusent les conclusions et les utilisent pour plaider en faveur de réformes politiques. La SAGBVHI coopère étroitement avec les *Gender and Women's Health Directorates* (départements de la condition féminine et de la santé de la femme) du *National Department of Health* (Ministère de la Santé). L'influence de ces réseaux est difficile à juger, mais, d'après des évaluations officielles, le travail de la SAGBVHI a abouti à des réalisations notables. C'est ainsi qu'elle a convaincu deux écoles de médecine de renforcer leurs programmes sur la violence sexiste, participé au développement d'un module d'une semaine sur le viol destiné aux étudiants en médecine, et à l'adoption de nouvelles politiques nationales sur la violence liée au sexe et la santé. Leurs activités illustrent comment la coopération des milieux de recherche et des pouvoirs publics contribue à transposer les conclusions théoriques en action politique (Medical Research Council, 2003; Guedes, 2004).

Extrait de S. Bott, A. Morrison, M. Ellsberg, 2005a. [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, p. 28 (Prévention et intervention en matière de violence sexiste dans les pays à faible revenu et revenu intermédiaire: Examen et analyse générale. *Document de recherche politique de la Banque mondiale* 3618, p.28).

Pour de plus amples renseignements sur la mobilisation sur les réformes législatives, voir [Actions de mobilisation pour une nouvelle législation ou pour la réforme de la législation en vigueur](#) dans le module Législation.

Instruments supplémentaires:

- **Women Leadership Program Initiative for Equity Tanzania (2003)**. Ce manuel fournit au personnel sanitaire et aux formateurs un examen exhaustif d'une formation d'animateurs sur la violence liée au sexe (VBS).

La formation permet de renforcer la capacité de la collectivité d'agir comme un facteur de changement, avec des sujets comme les concepts sexospécifiques, les liens entre la violence liée au sexe ou la violence à l'égard des femmes et les droits de la personne, la communication en matière de sensibilisation à la violence sexiste et le développement de plans d'action pour la mise en place de réseaux. Les objectifs, programmes, résultats et méthodologies de facilitation de l'atelier, ainsi que son évaluation sont fournis comme référence pour la formation. Disponible en [anglais](#); 52 pages.

- **Gender, Reproductive Health and Advocacy** (Centre pour le développement et les activités en matière de population, 2000). Collection de guides de formation. (Sessions 9 – 14). Disponible en [anglais](#).

3. Vérifier que les lois sont appliquées.

- Faute d'une application effective, même les meilleures lois ne pourront prévenir la violence ou en protéger les victimes. Le viol est parmi les crimes les moins sanctionnés dans le monde. En moyenne, seuls 10% des actes de violence rapportés aboutiront à une condamnation et, dans de nombreux cas, ce taux risque même d'être plus faible (Amnesty International, 2004, cité dans USAID et UNICEF, 2006; Johnson et al. 2008; Vetten et al. 2008; et Lovett et Kelly 2009).

Dans certains pays en développement notamment, le viol conjugal n'est pas considéré comme un crime. Et même dans les pays dotés de lois qui sanctionnent les actes de violence perpétrés par les partenaires intimes, ceux-ci sont souvent ignorés, n'entraînent que des peines légères qui ne sont appliquées que parcimonieusement ou sont récusés par le droit coutumier, qui conseille souvent aux maris l'utiliser une certaine violence pour discipliner leurs femmes (Center for Reproductive Law and Policy, 2001, cité dans USAID et UNICEF, 2006).

- Les contraintes budgétaires, la faible volonté politique et le soutien populaire insuffisant pour les droits des femmes, conjugués au manque de qualifications des avocats et des juges dans la mise en pratique des législations, des politiques et des protocoles dans ce domaine contribuent à ralentir également l'application des dispositions de protection. Qui plus est, de nombreuses femmes sont privées d'informations relatives à leurs droits et aux moyens de saisir le système judiciaire lorsque leurs droits sont violés (USAID et UNICEF, 2006).

- Il incombera par conséquent au secteur de la santé de vérifier que les législations sur les droits des victimes aux soins de santé et les obligations des prestataires de services de santé dans ce domaine sont proprement appliquées. Pour ce faire, le personnel médical devra recevoir une formation sur les obligations que leur imposent les législations en la matière, les collectivités devront connaître leurs droits, la disponibilité et la gamme de services fournis, et la prestation de services et la qualité des soins devront faire l'objet d'un contrôle continu. Pour de plus amples renseignements sur [l'application des législations](#) voir le module Élaboration de dispositions législatives sur la violence à l'égard des femmes.

D. Développer des politiques nationales et sous-nationales ou des plans d'action sur une approche intégrée du secteur de la santé de la violence à l'égard des femmes.

- Les programmes (ou plans d'action) constituent le fondement et le cadre directeur indispensables à la prestation de services. Ils peuvent fournir des indications utiles sur la manière d'appliquer les législations appropriées.
- Il est impératif que les programmes nationaux considèrent la violence à l'égard des femmes comme un problème de santé publique et établissent des principes de soins pour les victimes axés sur les droits de la personne et la sexospécificité. Les programmes devront également prendre en considération les besoins de certaines populations, notamment les jeunes filles, et examiner les questions de diversité liées à la langue, à l'origine ethnique et aux cultures (Ellsberg et Arcas, 2001).
- Les programmes nationaux devront également formuler un plan d'application, qui indiquera [comment multiplier progressivement les services et les ressources](#), et comment les financer (Claramunt et Cortes, 2003).
- Dans certains cas, **il sera possible d'intégrer les services et les programmes du secteur de la santé en matière de violence à l'égard des femmes dans un programme public plus vaste sur cette même question.** Cela aurait le mérite d'inclure le secteur de la santé dans un [système multisectoriel](#) qui encourage la coopération, la répartition des tâches et la constitution de réseaux d'orientation des patients entre tous les secteurs clés qui participent aux activités de prévention et d'intervention contre la violence. Parmi les éléments des programmes nationaux susceptibles d'orienter les activités du secteur de la santé figurent: divers services d'appui aux victimes de la violence, actions

éducatives de prévention et de familiarisation des femmes avec leurs droits et moyens à leur disposition, et renforcement des capacités du personnel médical et des fonctionnaires. Les programmes nationaux multisectoriels incluent par ailleurs les services judiciaires et de sécurité qui ont pour mission d'engager des poursuites, de condamner et de réinsérer les auteurs de violences à l'égard des femmes. En règle générale, en présence d'un programme national multisectoriel sur la violence à l'égard des femmes, le secteur de la santé devra formuler des plans d'action, des protocoles ou des instructions par secteur pour examiner les principales formes de violence à l'égard des femmes et la prestation de soins pour les victimes.

- **Les programmes nationaux devront également étudier attentivement l'intégration du problème de la violence à l'égard des femmes dans les différents types de services médicaux, notamment les services les plus utilisés par les femmes (ex. [services de santé procréative](#)).** Il est essentiel à cet effet d'envisager la création de services médicaux complémentaires, car rares sont les femmes victimes de violences qui ne recherchent qu'une forme unique de soins. Il est plus vraisemblable qu'elles rechercheront toute une gamme de services médicaux dispensés dans les [hôpitaux, centres de soins et autres établissements de santé primaire et secondaire](#), et dans les établissements de santé qui offrent des soins à leurs enfants; il importe donc de s'assurer que les cas de violence à l'égard des femmes peuvent être traités dans différents cadres médicaux (Colombini, Mayhew et Watts, 2008).
- **Les programmes nationaux devraient fournir un modèle aux autres programmes élaborés au niveau sous-national (régional, départemental, etc.).** Les programmes sous-nationaux permettent de placer un programme national dans son contexte. Ils peuvent en outre compenser l'absence de programmes nationaux.
- Les programmes nationaux peuvent être formulés de toutes pièces ou adaptés à partir de ceux d'autres pays (voir les exemples fournis ci-dessous et [la base de données du Secrétaire général sur la violence à l'égard des femmes](#) pour les programmes et protocoles de différents pays, ainsi que la publication de l'OMS [Developing National Policies to Prevent Violence and Injuries: a Guideline for Policy-makers and Planners](#)) (*Formulation de programmes nationaux de prévention de la violence et des blessures: un manuel à l'intention des décideurs et des concepteurs*). En tout état de cause, il faudra utiliser les données et les

conclusions existantes au niveau national qui proviennent des analyses situationnelles pour orienter l'action des pouvoirs publics et encourager la participation active du comité des parties prenantes à toutes les activités d'examen, de rédaction, de réforme et de surveillance.

- Tous les programmes et plans d'action devront comporter une liste d'indicateurs de mesure des progrès réalisés dans leur mise en œuvre. Les plans d'action pourraient utiliser la liste exhaustive des principaux [indicateurs](#) de santé qui figurent dans [Violence against Women and Girls : A Compendium of Monitoring and Evaluations Indicators](#) (Violence à l'égard des femmes : Un recueil d'indicateurs de suivi et d'évaluation).

THÈME	EXEMPLES de programmes nationaux de santé sur la violence à l'égard des femmes
POLITIQUES NATIONALES EN MATIÈRE DE VIOLENCE FAMILIALE	<p>En 2010, le Gouvernement du Royaume-Uni a publié Improving Services for Women and Child Victims of Violence: the Department of Health Action Plan (Améliorer les services de santé pour les femmes et enfants victimes de la violence: Plan d'action du Ministère de la Santé). Le document souligne l'action du Ministère de la Santé dans la collecte de preuves et la diffusion d'informations, la sensibilisation, la formation de son personnel et l'amélioration de la qualité des services.</p> <p>En 2008, le Gouvernement Australien a établi un National Council (Conseil national) de 11 membres chargé de faire des recommandations sur l'élaboration d'un Plan national fondé sur la connaissance des faits pour réduire la violence à l'égard des femmes et de leurs enfants. En 2009, le Conseil a publié Time for Action: the National Council's Plan for Australia to Reduce Violence against Women and their Children 2009-2021 (le Plan of Action) (Il est temps d'agir: Plan du Conseil national australien pour la réduction de la violence à l'égard des femmes et de leurs enfants, 2009-2021). Le Plan national entend regrouper les actions de tous les services de santé dans les buts communs de prévenir la violence, de rendre la justice aux victimes et d'améliorer les services.</p> <p>En 2007, le Gouvernement Turc a lancé un Plan d'action national de trois ans Combating Domestic Violence Against Women (2007-2010) (Plan d'action national contre la violence</p>

familiale à l'égard des femmes) (2007-2010). Le Plan s'efforce d'intégrer le traitement médical des femmes victimes de la violence à tous les niveaux des services de santé, avec le concours actif du Ministère de la Santé dans la phase d'application du Plan.

**POLITIQUES
NATIONALES
EN MATIÈRE
DE
VIOLENCE
SEXUELLE**

Le [**Cross-government Action Plan on Sexual Violence and Abuse**](#) (Plan d'action intergouvernemental sur la violence et les sévices sexuels) du **Royaume-Uni** exprime la détermination des autorités de faciliter l'accès à la justice pénale, d'élargir l'accès à toute une gamme de services et de prévenir la violence et les sévices sexuels. Le Plan souligne les attributions et responsabilités de tous les services publics qui participent à cet effort, à savoir la police, *The Crown Prosecution Service*, les tribunaux, *The National Offender Management Service*, les administrations locales, les organisations du troisième secteur et communautaires, les centres d'orientation des victimes d'agressions sexuelles, les fonds de soins primaires et les Comités locaux de santé, les prestataires de services médico-légaux et les experts légistes de l'extérieur.

**AUTRES
POLITIQUES
NATIONALES
QUI
INCLUENT LA
LUTTE
CONTRE LA
VIOLENCE**

The [**Integrated Plan to Confront the Feminization of AIDS and other STDs**](#) (Plan intégré de lutte contre la féminisation du sida et des autres maladies sexuellement transmissibles) du **Brésil** place diminution de la violence sexuelle et familiale à l'égard des femmes parmi ses cinq objectifs prioritaires.

Le [**Sectoral Development Plan 2010-2020: Towards Universal Health**](#) (Plan de développement sectoriel 2010-2020: Vers la santé universelle) **Bolivien** inclut des objectifs budgétisés de lutte contre la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle.

Le Gouvernement **Ethiopien** lutte contre la violence sexuelle et familiale et les pratiques de mutilation génitale féminine et de mariage précoce par le biais du [**National Reproductive Health Strategy**](#), plan national de santé reproductive de neuf ans (2006-2015). L'un de ses objectifs est d'assurer à toutes les nouvelles recrues des forces de l'ordre une formation sur la protection des droits des femmes, notamment ceux liés à la violence sexiste, y compris la mutilation et l'excision génitale féminine et le mariage précoce.

Le Conseil national sur le sida de la [**National Gender Policy and**](#)

[Plan on HIV and AIDS](#) (Politique nationale en matière d'égalité des sexes et Plan de lutte contre le VIH et le sida) de la **Papouasie- Nouvelle- Guinée** traite la violence sexiste comme un facteur important de propagation du VIH. Le plan esquisse les objectifs et stratégies de lutte contre la violence à l'égard des femmes.

Le Gouvernement du **Rwanda** accorde une place importante à la lutte contre la violence sexuelle dans son [National Reproductive Health Policy](#) (Programme national de santé reproductive) (Schechtman, 2008). Les autres préoccupations prioritaires incluent la maternité sans risque et la santé de l'enfant, la planification familiale, la prévention et traitement de maladies sexuellement transmises, y compris le VIH, la santé reproductive des adolescents et les changements sociaux favorisant le pouvoir de décisions des femmes.

Le Gouvernement de **Timor Leste** pratique une approche intégrée de la lutte contre la violence liée au sexe et sexuelle par le truchement de son Plan d'action de 11 ans [National Reproductive Health Strategy](#) (Stratégie nationale de santé reproductive) (2004-2015). Les priorités stratégiques portent sur l'inclusion de la prévention et du traitement de la violence sexiste dans les soins intégrés de santé reproductive, la formulation de stratégies de communication visant la modification des comportements en matière de violence sexuelle, les rapports sexuels forcés, un processus décisionnel équitable et les inégalités entre les sexes face aux questions sexuelles dans le cadre familial.

Le Gouvernement **Sud-africain** a adopté le [National Policy Guidelines for Victim Empowerment](#) (Guide d'action nationale pour l'autonomisation des victimes) pour lutter contre la violence sexuelle et familiale. Le guide propose un cadre de collaboration solide entre les administrations et les secteurs publics et d'intégration de mécanismes institutionnels efficaces pour une approche intégrée du processus d'autonomisation des victimes. L'aspect intersectoriel du programme est particulièrement important. Le document donne également des instructions pour la formulation de programmes d'autonomisation des victimes par secteur, propose des actions de renforcement des capacités et attire l'attention sur l'importance de la mise en application de programmes d'autonomisation des victimes par toutes les parties

intéressées. Le [HIV & AIDS and STI Strategic Plan for South Africa](#) (2007-2011) (Plan stratégique de lutte contre le VIH&sida et les maladies sexuellement transmissibles pour l'Afrique du Sud) considère également la violence sexiste comme un facteur aggravant de risque de VIH.

**POLITIQUE
SOUS-
NATIONALES**

Les autorités médicales de la Province occidentale du Cape en **Afrique du Sud** ont développé leur propre programme sous-national sur la violence sexuelle intitulé [Survivors of Rape And Sexual Assault: Policy And Standardised Management Guidelines](#) (Victimes de viol et d'agression sexuelle: Principes d'action et de gestion normalisée).

Au **Canada**, la province de l'Ontario a développé son propre programme sous-national sur **la violence familiale**, [A Domestic Violence Action Plan for Ontario](#) (Plan d'action sur la violence familiale pour l'Ontario).

E. Vérifier que les protocoles et les principes d'application sont en place pour faciliter l'application normalisée des programmes nationaux et sous-nationaux.

- En règle générale, les protocoles et les principes d'application définissent les services à fournir, les identités des prestataires, les formes de prestation et les mécanismes de contrôle (Velzeboer, 2003). Ils permettent d'uniformiser la qualité des soins et d'établir des directives claires pour le personnel médical, permettant à celui-ci de soigner les patients victimes de violences avec une confiance et compétence accrues, conformément aux obligations qui lui incombent. Les protocoles représentent une partie importante du processus d'institutionnalisation des programmes sur la violence et de sensibilisation du personnel médical à ces questions (Velzeboer, 2003).
- Comme pour toute autre spécialité médicale, les protocoles sont indispensables à l'uniformisation des soins médicaux aux victimes fondés sur la connaissance des faits. Les normes et les protocoles en place fournissent aussi des instruments de contrôle de la qualité des soins (Ellsberg et Arcas, 2001).
- En règle générale, les protocoles et les directives sont établis comme instruments de référence permettant aux prestataires de service d'offrir certains soins spécialisés. Les protocoles et les directives peuvent être développés à l'échelle nationale, sous-nationale et institutionnelle.

- Il serait utile que les ministères ou départements de la Santé mettent en place un « *Standards Committee* » («Comité des normes ») chargé d'établir des normes, de développer des protocoles et des directives uniformisés, et de surveiller l'étendue et la qualité de la formation et de l'application des protocoles et des directives (Jewkes, 2006).
- Les interventions en cas d'**agression sexuelle** nécessitent des critères supplémentaires relatifs à l'intégrité corporelle et la dignité des victimes, notamment pour les procédures médicales et légistes, et le traitement de certains besoins psychologiques (Conseil de l'Europe, 2008a). Voir les exemples du tableau ci-dessous.
- Les protocoles doivent également satisfaire les besoins des différentes tranches démographiques des victimes. Les statistiques indiquent en effet que le nombre d'enfants violés de moins de 14 ans est très élevé dans de nombreux pays (Kim et al, 2007a; Chang, 2004; Peterson, 2005). De ce fait, les programmes concernant les adolescentes devront se différencier de ceux qui s'adressent aux adultes du sexe féminin ou aux femmes qui reçoivent des soins prénatals. Par ailleurs, les programmes pédiatriques se limitent souvent aux soins dispensés aux enfants victimes de la violence. Pour leur part, les femmes et les jeunes filles handicapées devront être informées des services spécialisées à leur disposition (Beaulaurier, 2007). (Pour plus d'informations, voir la section sur les éléments à considérer dans le traitement de certains groupes démographiques).
- La formulation de programmes du secteur de la santé sur la violence n'est que la première étape d'une démarche laborieuse. Les programmes devront bénéficier de la plus large diffusion possible, par la formation d'agents sanitaires et la sensibilisation par les relais communautaires. Le travail de sensibilisation à la politique sanitaire est un moyen efficace d'encourager la responsabilisation du secteur de la santé (Ellsberg et Arcas, 2001). Un moyen efficace de sensibilisation de la profession de santé est la mise en place d'un mécanisme d'accréditation, d'attribution de licences et d'**attestations pour le personnel médical en matière de violence à l'égard des femmes**.

THÈME	EXEMPLES DE RECOMMANDATIONS À L'ÉCHELLE NATIONALE
Gestion médicale du viol	Général: <u>Guidelines for Medico-Legal Care for Victims of Sexual Violence</u> (OMS, 2004) Brésil : <u>Prevencao e Tratamento Dos Agravos Resultantes da Violencia Sexual Contre Mulheres E Adolescentes : Normas Técnicas</u> (Ministère de la Santé, 2005).

Chili: [**Normas y Guía Clínica para la Atención en Servicios de Urgencia de Personas Víctimas de Violencia Sexual**](#) (Ministère de la Santé, 2004).

Colombie: [**Protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual desde el Sector Salud**](#) (Convenio Secretaria Distrital de Salud, 2008).

Costa Rica: [**Protocolo de Atención a Víctimas de Violencia Sexual y/o Doméstica en el Departamento de Ciencias Forenses et Protocolo para la Atención de la Violencia Sexual y/o Doméstica en el Departamento de Departamento de Medicina Legal**](#) (Ministerio Público de la República de Costa Rica, 2008).

Kenya: [**National Guidelines : Medical Management of Rape/Sexual Violence**](#) (Ministry of Health et [Liverpool VCT](#), 2004).

États-Unis: [**A National Protocol for Sexual Assault Medical Forensic Examinations**](#) (US Department of Justice, 2004).

Interventions
en cas de
violence
familiale

Albanie: [**The Albania Health Protocol on Domestic Violence**](#) (USAID, 2006).

Costa Rica: [**Protocolo de Atención a Víctimas Mayores o Menores de Edad de Delitos Relacionados con la Violencia Doméstica Cometidos por Personas Mayores de Edad**](#) (Ministerio Público de la República de Costa Rica, 2008).

Guatemala: [**Protocolo de Atención a víctimas de Violencia Intrafamiliar**](#) (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala Programa Nacional de Salud Mental, 2008).

Royaume-Uni: [**Responding to Domestic Violence: A Handbook for Health Professionals**](#) (Department of Health, 2005).

États-Unis: [**The National Consensus Guidelines on Identifying and Responding to Domestic Violence Victimization in Health Care Settings**](#) (Family Violence Prevention Fund, 2002, actualisé en 2004).

Avortement

Général: [**Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems**](#) (OMS, 2003).

Général: [**La Atención del Aborto Centrada en la Mujer:**](#)

[Manual del Capacitador](#) (Ipas, 2006).

Prophylaxie post-exposition Général: Prophylaxie post-exposition pour prévenir l'infection à VIH: Recommandations conjointes OMS/OIT sur la prophylaxie post-exposition (PPE) pour prévenir l'infection à VIH ([OMS](#) et OIT, 2007). Disponible en [anglais](#) et [français](#).

Afrique du Sud: [South Africa Treatment Guidelines for the use of AZT \(Zidovudine\) for the Prevention of HIV Transmission to Children who have been Sexually Abused.](#)

Dépistage Général: [Improving Screening of Women for Violence: Basic Guidelines for Healthcare Providers](#) (Stevens, 2005)

République dominicaine: [Detección y Atención de la Violencia Basada en Género: Prrotocolo](#) (Profamilia, 2006)

Afrique du Sud: [Screening for Domestic Violence: A Policy and Management Framework for the Health Sector](#) (Martin and Jacobs, 2003)

En période de grossesse (général): [What Works: A Policy and Program Guide to the Evidence on Family Planning, Safe Motherhood and STI/HIV/AIDS Interventions](#) (Policy Project, 2003). Voir pages 160-161.

Enfants et adolescents Australie: [Guidelines on the Management of Sexual Health Issues in Children and Young People](#) (Department of Health and Families, Northern Territory Government, 2010)

Costa Rica: [Protocolo de Atención legal a Víctimas de Delitos Sexuales y Violencia Doméstica Cometidos por Personas Menores de Edad](#) (Ministerio Público de la República de Costa Rica, 2008)

Afrique du Sud: [The Integrated Case Management Guidelines: Child Abuse \(for under 14\)](#) (Cape Metropolitan Council, Cape Town City Council, 2003)

Etats-Unis : Child Sexual Abuse : Intervention and Treatment Issues [[add PDF from Justice](#)]

F. Établir un mécanisme national de contrôle de la santé publique en matière de violence à l'égard des femmes.

- Il est indispensable d'établir un mécanisme de contrôle de la santé publique pour comprendre les conséquences de la violence à l'égard des femmes, mesurer les coûts liés à la violence et analyser la portée, l'étendue et la qualité des soins fournis aux victimes (Ellsberg et Arcas, 2001).
- Un mécanisme de contrôle de la santé publique permettrait également de mesurer la prévalence et l'incidence de la violence à l'égard des femmes, quand bien même les mécanismes de contrôle à base de données sur la prestation de services ne fournissent des indications que sur les femmes qui rapportent des actes de violence ou cherchent de l'aide, or nombreuses sont les femmes victimes de violences qui ne se rendent pas dans les centres de soins ou n'en font pas état. Dans ces conditions, les données sur la prestation de services sont plus utiles pour analyser les demandes pour les services, la capacité des prestataires à satisfaire ces demandes et le nombre et étendue des services fournis. La prévalence est mieux mesurée par des enquêtes démographiques, comme l'explique la section [Recherche, collecte et analyses de données](#) du module [Programmation des éléments de base](#).
- La surveillance devrait de préférence s'appuyer sur un mécanisme national de collecte, d'évaluation et de publication de données sur la violence à l'égard des femmes recueillies par le système de santé publique, qui soit calqué sur les systèmes sous-national et local. Le meilleur moyen de collecte de données est électronique; les données devraient être gardées dans un endroit centralisé.

QU'EST-CE QUE LE SYSTÈME DE SURVEILLANCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE?

Le système de surveillance de la santé publique est la collecte, l'analyse et l'interprétation méthodique continue de données axées sur les résultats à des fins d'aménagement, de mise en application et d'évaluation des pratiques de santé publique. En général, la surveillance de la santé publique comprend la collecte et l'analyse de données et leur diffusion aux responsables des programmes de prévention et d'intervention. Les données sur la surveillance ne servent pas simplement à identifier les besoins de services de santé d'une certaine tranche démographique, mais aussi à mesurer les besoins de recherche et de formation. Les représentants de la santé publique sont le plus souvent chargés de superviser toutes les formes de surveillance de la santé publique.

La mise en place d'un mécanisme de surveillance commence par une parfaite compréhension de l'utilité de cette activité, comme le besoin d'examiner une question, après quoi il faudra trouver les meilleures solutions pour obtenir, analyser et disséminer les informations relatives à cette question. Les données

sur la santé publique peuvent provenir de diverses sources, comme les dossiers de sortie de l'hôpital, les informations de gestion médicale, les fiches de police, etc. Il est important toutefois de se rappeler que, bien qu'utilisés aux fins de surveillance, ces systèmes de données ne sont pas en eux-mêmes et par eux-mêmes des outils de surveillance. La surveillance est une activité plus complexe qui demande l'analyse, l'interprétation et l'application de données.

Il importe de se rappeler que les systèmes de surveillance sont continus, exigent la contribution et la participation de nombreuses personnes et organisations et doivent fournir des informations de manière suffisamment rapide pour être utilisables.

Les activités pour le développement d'un système de surveillance incluent:

Définir des objectifs;

Développer des définitions de cas;

Désigner les sources de données et un mécanisme de collecte de données (type de système);

Désigner des instruments de collecte de données;

Mettre à l'essai des méthodologies sur le terrain;

Élaborer et mettre à l'essai une approche analytique;

Développer un mécanisme de diffusion de l'information;

Garantir l'application de l'analyse et de l'interprétation.

Source: extraits de **S. Teutsch, S. Thacker**: Planning a public health surveillance system. Epidemiological Bulletin, 1995, 16(1), p. 1-6).

- Les prestataires de services devront participer au mécanisme de surveillance en utilisant des [dossiers médicaux et des systèmes d'information normalisés](#) sur la violence à l'égard des femmes afin de produire des données comparables, ce qui veut dire que tous les organismes et toutes les institutions devront avoir des formulaires d'admission et d'autres formulaires pour patients qui utilisent des définitions de cas établies au niveau national et fournissent des informations sur des cas comparables (Kilonzo, 2008a). Tous les organismes et toutes les institutions devront en outre appliquer une méthodologie de centralisation et de publication de données qui n'est pas nominative et ne contient aucune information susceptible d'identifier

les victimes de la violence pour garantir leur sécurité et anonymat (Ellsberg et Arcas, 2001). Les formulaires et méthodologies de collecte de données ne devraient pas être inutilement compliquées et les prestataires de services devraient être qualifiés pour collecter des données.

- Les données collectées dans les centres de soins et hôpitaux devront être transmises aux autorités municipales, et ensuite régionales et nationales. (Ellsberg et Arcas, 2001). S'il est impératif de désigner un service ou un organisme national pour superviser le mécanisme de surveillance, il n'est pas moins important de ne pas limiter l'analyse des données au niveau national; les données devront également être analysées dans les centres de soins, les hôpitaux et par les autorités municipales et régionales pour améliorer les services, établir les budgets et préparer la planification.

Exemple: Belize, Guatemala et Panama ont mis au point un **système unique d'enregistrement** qui s'adresse aux représentants de tous les secteurs d'activité qui ont des contacts avec les victimes de la violence, comme les Ministères de la Santé, les forces de l'ordre, le système judiciaire, et les organisations non gouvernementales. Ce système s'applique également aux enquêtes des médecins légistes. À Belize, le Ministère de la Santé est chargé de recueillir, traiter et analyser les informations provenant de ces secteurs pour en communiquer la teneur aux administrations concernés. À Panama, ces informations sont transmises pour analyse à l'Institut de médecine légale.

Cette approche nous apprend que les systèmes d'information et de surveillance constituent un élément important de l'approche intégrée de la violence sexiste et ne devraient pas fonctionner indépendamment du développement des services. Pour être opérationnel, le système d'information devra, avant même son entrée en vigueur, établir des normes et protocoles pour le dépistage et le traitement médical des femmes victimes de la violence et former des prestataires de services à leur usage judicieux. Un personnel non-qualifié risque même de faire du tort à ces femmes avec des questions indélicates ou culpabilisantes.

De surcroît, **les systèmes d'information ne se justifient que si leurs données sont utilisées à l'amélioration des services.** Il n'est pas seulement inutile mais contraire à l'éthique de collecter des informations ou mener des programmes de dépistage de la violence dans le seul but de réunir des informations sans offrir de services en contrepartie.

Source : Extrait de M. Velzeboer, M. Ellsberg, C. Arcas et C. Garcia-Moreno, 2003. [*Violence against Women: The Health Sector Responds*](#). Washington, OPS, p. 55-57.

Exemple: La province de Valle (Colombie), a mis au point un système de surveillance familiale avec le concours du Secrétaire à la Santé de la région. Le projet a été financé avec des ressources provenant du plan de santé de base affectées au renforcement du **système municipal de notification** et d'intervention en cas de violence familiale. La mise en place d'un mécanisme de surveillance active a permis à cette municipalité de 185.000 habitants de faire passer le nombre de dossiers certifiés en matière de violence à l'égard des femmes de 192 en 2002 à 1.059 en 2004, soit une multiplication par cinq du nombre de cas de violence rapportés en trois ans. La fiabilité et la validité des données se sont également perfectionnées. Les moyens utilisés à cette fin comprennent la mise en service d'un système conventionnel de notification et d'analyse numérisé accompagnée d'actions de mobilisation auprès des animateurs des communautés, le renforcement des réseaux interinstitutionnels de soutien, la concertation pour la conception de logigrammes internes, la sensibilisation et la formation du personnel des réseaux responsables de la prestation de soins de santé en cas de violence familiale et le soutien accordé à l'amélioration des politiques publiques de prévention.

Le système a contribué à améliorer les services aux victimes. Le projet a été progressivement mis en place, avec des sites ajoutés sur une période de trois ans. Le système a permis d'établir des références géographiques et de relever les endroits où ont été signalés des cas de violence à l'égard des femmes, de mettre au point une stratégie de prévention pour la détection anticipée de la violence à l'égard des femmes, de réaliser des logigrammes pour les prises de décisions pour chaque organisme, et de développer un protocole et un logigramme communs pour l'orientation des victimes à l'intérieur d'un réseau interinstitutionnel de prévention et de traitement. La collecte normalisée d'informations dans un logiciel commun est devenue un système de surveillance épidémiologique qui regroupe tous les dossiers d'une certaine tranche démographique, avec des moyens de collecte, d'intégration et de vérification efficaces.

Centres locaux de soins

Obtenir, rentrer et analyser l'information

Utilisateurs de l'observatoire:

Informations provenant des services sociaux pour l'enfance, de la police des affaires familiales, de la médecine légale, du parquet, de la police, des services de santé publique, du système éducatif, etc.

Système utilisé pour:

- Mairies, administrations régionales, appareil judiciaire, services de protection de l'enfance, milieu scolaire
- Conseils pour la politique sociale
- Surveillance épidémiologique point-com
- Services de santé
- Organismes de planification des politiques de santé
- Améliorer et compléter les informations
- Détecter les récurrences, les personnes en danger, proposer une suite à donner
- Rapports (qui?, où?, quoi?, auteurs d'agression?, actions)
- Cartographie, sensibilisation au problème

Source: Adapté et extrait d'après: R. Espinosa, M. I. Gutiérrez, J.H. Mena-Muñoz, P. Córdoba, 2008. "[Domestic Violence Surveillance System : A Model](#)", (Système de surveillance de la violence familiale : Un modèle) p. S13-S16.

Ressources de référence:

- ***Domestic Violence Surveillance System: A Model*** (R. Espinosa, M. Gutierrez, J. Mena-Munoz et P. Cordoba, 2008) (Système de surveillance de la violence familiale: Un modèle). *Salud Publica de Mexico* 50 (Numéro supplémentaire 1) : S12-S18. Disponible en [anglais](#).
- ***Data Collection System for Domestic Violence*** (Mécanisme de collecte de données sur la violence familiale) (Commission économique des Nations Unies pour l'Amérique latine et les Caraïbes, 2002). Disponible en [anglais](#).
- ***Sexual Violence Surveillance: Uniform Definitions et Recommended Data Elements*** (Surveillance de la violence sexuelle: Définitions

uniformes et éléments recommandés de données) (Centres for Disease Control and Prevention, 2002). Disponible en [anglais](#).

- ***Administrative Data Collection on Domestic Violence in Council of Europe Member States*** (Collecte de données administratives sur la violence familiale dans les pays membres du Conseil de l'Europe) (Conseil de l'Europe, 2008). Disponible en [anglais](#).

- ***Gender-Based Violence Information Management System Project Tools*** (Instruments d'un projet de mécanisme de gestion des informations sur la violence sexiste). Ce projet multiforme entrepris dans des situations de crise humanitaire vise à permettre aux acteurs humanitaires de réunir, garder et analyser les données sur les incidents sexistes signalés. Les instruments incluent un manuel qui présente les mesures indispensables à adopter par les services et organes de coordination interinstitutions sur la VBS pour la mise en place de ce mécanisme, une base de données Excel (the "Incident Recorder" ou "l'enregistreur d'incidents") pour la compilation des données et l'analyse des tendances, et une équipe internationale d'experts sur la violence sexiste et les bases de données du FNUAP, du HCR et du Comité international de secours, chargée de fournir une assistance technique sur place et à distance. Pour de plus amples renseignements sur les outils, voir [les notes d'information](#) et le [site web](#).

- Pour les instruments de type courant de collecte de données sur la violence à l'égard des femmes, voir [Conducting Research, Data Collection and Analysis](#) (Recherche, collecte et analyse de données) dans [Programming Essentials](#) (Programmation des éléments de base).

G. Prévoir un financement suffisant pour le secteur de la santé en matière de violence à l'égard des femmes.

- Les services aux victimes de la violence devraient être financés par les pouvoirs publics et leur être offerts gratuitement. Les autorités nationales et locales devraient financer les activités des associations de la société civile en matière de violence à l'égard des femmes. (Schechtman, 2008).

- Le financement public ne devrait pas être temporaire, mais suffisant, planifié et de longue durée. Il devrait assurer aux victimes une assistance et des services leur permettant de faire face aux conséquences des violences à court et long terme.
- L'allocation de crédits budgétaires sectoriels ou nationaux adéquats traduit la volonté politique de lutter contre ce problème (CIRF, 2003).
- Le suivi de la répartition et de l'allocation des ressources par les acteurs gouvernementaux et non-gouvernementaux («resource flows» ou flux des ressources) jusqu'aux dernières dépenses, permet de mesurer l'impact du financement des activités contre la violence sexiste. Le flux de ressources permet également de déterminer le montant des ressources allouées initialement qui parvient à chaque activité, d'identifier les problèmes et d'indiquer les domaines où les ressources n'atteignent pas les bénéficiaires désignées ou sont détournées à d'autres fins que prévues. (U4 Anti-Corruption Resource Centre, N.d.; Dehn, Reinikka et Svensson, 2003; Schechtman, 2008).
- Certains mécanismes de financement peuvent contribuer à accroître les revenus nécessaires à la couverture des coûts des services de santé, comme les recettes fiscales, l'assurance médicale sociale, la franchise, l'assurance maladie privée (à but lucratif), et les financements communautaires (FNUAP et UNIFEM, 2006).
- Des moyens innovants sont par ailleurs utilisés pour accroître le financement des services aux victimes de la violence. Aux États-Unis, deux États ont constitué des fonds alimentés par les amendes payées par les délinquants condamnés pour violences sexuelles.
- Les initiatives de budgétisation sensible au genre (BSG), appuyées par l'UNIFEM et autres partenaires des Nations Unies, permettent de fournir les informations indispensables à la création de cadres politiques incitatifs, de renforcer les capacités et d'améliorer les mécanismes de contrôle dans le but d'encourager la responsabilisation vis-à-vis des femmes. La budgétisation sensible au genre est la planification, la préparation et la budgétisation publiques qui facilitent la progression de l'égalité des sexes et la réalisation des droits des femmes. La BSG consiste à identifier et à refléter les actions indispensables pour corriger les disparités entre les sexes dans les programmes, projets et budgets publics sectoriels et locaux. La BSG vise aussi à analyser l'impact des politiques fiscales sur les hommes et les femmes et l'allocation des

ressources nationales et de l'aide publique au développement. Le portail [Gender Budgeting](#) (Budgétisation sexospécifique), lancé par ONU Femmes, fournit des éléments de compréhension et d'application des BSG aux gouvernements, aux organisations non gouvernementales, aux parlementaires et aux universitaires.

Exemple: Dans la classification opérationnelle comme programmatique, on constate parfois que les catégories ne sont pas ventilées de manière à permettre l'identification des crédits affectés aux activités qui vous intéressent. Notamment, l'activité en question est parfois regroupée avec d'autres activités. La Commission du Sénat paraguayen pour l'Égalité, la Condition de la femme et le Développement social s'est heurtée à ce problème lorsqu'elle a essayé de connaître les crédits accordés par le Ministère de la Santé publique et de l'Aide sociale aux programmes de santé sexuelle et reproductive. Pour ce faire, la commission a réussi à persuader le Ministère d'ajouter une ligne de crédit séparée pour les allocations budgétaires à l'achat de contraceptifs. La Commission a constaté que les donateurs couvraient à 100% les montants dépensés en achat de contraceptifs. La Mairie d'Asuncion s'est inspirée de cette réalisation au niveau national et a sollicité le concours du FNUAP pour faire fonctionner la BSG au niveau municipal. Cette initiative a permis de faire baisser la franchise pour soins pré et post- natalis fournis dans les cliniques locales aux adolescentes enceintes de moins de 20 ans. La mairie a par ailleurs augmenté de 300% le financement des coûts de planification familiale.

Source: extrait à partir du FNUAP et de l'UNIFEM. *Budgétisation sensible au genre et droits des femmes en matière de santé de la reproduction: Un guide pratique*. Encadré 18, p. 55. Disponible en [anglais](#), [français](#) et [espagnol](#).

- La quantification des coûts économiques de la violence à l'égard des femmes permet de dégager un ensemble de données qui facilitent le processus de budgétisation annuelle aux niveaux national et sous-national:
 - i). des calculs budgétaires précis permettent de déchiffrer sur ce qui est nécessaire et ce qui est disponible;
 - ii). des décideurs dévoués et motivés peuvent faire valoir leurs arguments avec des faits incontestables sur les retombées économiques de la

violence à l'égard des femmes et montrer ce qu'il est possible d'accomplir avec plus de moyens.

iii). L'évaluation des coûts et des ressources permet de définir les priorités.

- Les premières initiatives connues d'évaluation des coûts économiques de la violence à l'égard des femmes ont été lancées à la fin des années 1980 par la réalisation d'études d'évaluation du coût de la violence familiale à l'égard des femmes. Depuis lors, les études et les méthodologies, devenues plus perfectionnées et plus ambitieuses, ont été menées dans de nombreux pays (Gancheva et Davidson, 2006). Pourtant les évaluations chiffrées diffèrent sensiblement du fait qu'elles dépendent des données et de la méthodologie utilisées, de l'inclusion ou de l'exclusion de différentes catégories, et du prix attaché à la vie et à la souffrance humaine. Voir le site web de la [Banque mondiale](#) pour des renseignements supplémentaires.

- Les quatre méthodologies les plus courantes d'évaluation des coûts sont:
 - **La méthodologie comptable:** elle consiste à calculer les coûts de certaines catégories ou coûts (voir tableau ci-dessous). Le coût total de la violence à l'égard des femmes pour la société serait alors l'addition de toutes les catégories de coûts (Bott, Morrison et Ellsberg, 2005a). La particularité de cette approche est dans le calcul et la distinction des coûts directs et indirects (voir diagramme ci-dessous).

 - **La technique de modélisation:** cette technique regroupe les coûts et les résultats provenant de sources différentes. Cela signifie en règle générale que la vie d'un patient ou de toute une tranche démographique est reproduite, notamment les différents états de santé qu'ils traversent au fil du temps grâce à une intervention médicale ou en raison de l'absence d'intervention (Kuntz et Weinstein, 2001, cités dans Norman, Spencer et Feder, n.d.).

 - **L'analyse coût-efficacité:** études comparatives des coûts de l'application des interventions préventives et du traitement des conséquences de la violence.

- **Approximations:** cette pratique consiste à utiliser les conclusions des études chiffrées réalisées dans d'autres régions ou pays.

TRANSLATION TABLE P. 20 IN ENGLISH TEXT

Catégorie de coût	Descriptif	Type de coût
	Éléments	
Coûts directs		Médical
Patient hospitalisé		
	Coûts directs occasionnés par	
	la violence et supportés	Patient
	ambulatoire	
	par les individus ou organismes.	
		Transport/Ambulance
		Médecin
	Médicaments/analyses	de laboratoire
	psychologique	Soutien
		Non-médical
		Maintien de l'ordre et
		incarcération
		Services juridiques
		Placement familial

Coûts indirects
productivité (revenus

Tangibles

Perte de

et temps)

Les coûts indirects sont plus
d'investissements en

Perte

difficiles à calculer et ne sont pas

capital social

budgétisés en règle générale. Ils

Assurance-vie

indiquent le manque à gagner et les

Protection indirecte

pertes d'opportunités causées par la violence.

Macroéconomique

Intangibles

Qualité de vie liée
à de santé
(douleurs et
souffrance,
psychologique).

Autres qualités de vie
(diminution des chances
d'emploi, d'accès à
l'enseignement et aux services
publics, de participation à la vie
communautaire).

Source: extrait/adapté à partir de: OMS et CDC. 2008. *Manual for estimating the economic costs of injuries due to interpersonal and self-directed violence (Manuel d'évaluation des coûts économiques des blessures causées par la violence interpersonnelle ou l'automutilation)*. Tableau 1, p.62 et CIRF, 2003. "How to make the law work? Budgetary Implication of Domestic Violence Policies in Latin America", p.12 (Comment faire marcher le droit? Incidences

budgétaires des politiques en matière de violence familiale en Amérique latine). Disponible en [anglais](#).

En Macédoine, l'action des services de santé publics contre la violence à l'égard des femmes a été analysée pour établir les coûts qui doivent être budgétisés (Y. Gancheva et L. Davidson, D.I. (Eds.), 2006. [The costs of domestic violence against women in FYR Macedonia: A costing exercise for 2006](#)) (*Les coûts de la violence domestique en ex-République yougoslave de Macédoine: Un exercice chiffré pour 2006*).

TRANSLATION TABLE PAGE 21 IN ENGLISH TEXT

TOP HEADLINES CLOCKWISE

Violence physique

Violence physique

Intervention médicale d'urgence indispensable

Centre de premiers soins/chirurgie/gynécologie (suivant la nature et de l'emplacement de la lésion corporelle)

- **Diagnostic**
- **Intervention médicale d'urgence**
- **Hospitalisation**

Intervention chirurgicale indispensable

- **Hospitalisation et soins post-chirurgicaux**
- **Soins à domicile;**
- **Contrôles médicaux du chirurgien ou gynécologue**
- **Contrôles médicaux du généraliste**
- **Rééducation physique (à l'hôpital ou clinique selon la gravité des blessures)**

BOTTOM HEADLINES CLOCKWISE

Intervention médicale d'urgence pas indispensable

- **Examen médical**
- **Diagnostics**
- **Thérapie**

- **Contrôles médicaux**
- **Rééducation**

- **Généraliste**
- **Gynécologue**
- **Interniste**
- **Oreilles, nez, larynx**
- **Cardiologue**
- **Dentiste**
- **Psychiatre**

Intervention chirurgicale non indispensable

- **Soins hospitaliers conservateurs**
- **Contrôles médicaux du chirurgien ou gynécologue**
- **Rééducation physique (à l'hôpital ou clinique, selon la gravité des blessures)**

- **Examen psychiatrique**
- **Rééducation psychologique**

Violence psychologique et sexuelle

TOP CAPTIONS (FROM LEFT TO RIGHT)

Violence psychologique familiale

- **Examen médical**
- **Diagnostics**
- **Thérapie**
- **Contrôle médical**
- **Rééducation**

- **Généraliste**
- **Psychiatre**
- **Interniste (pour troubles psychosomatiques)**

- **Hospitalisation ou soins post-opératoires à domicile**
- **Contrôle gynécologique**
- **Rééducation**

Chirurgie indispensable

- **Hospitalisation ou soins post-opératoires à domicile**
 - **Contrôle gynécologique**
 - **Rééducation**

 - **Examen psychiatrique**

 - **Rééducation psychologique (à l'hôpital ou clinique selon la gravité des troubles)**
-

BOTTOM CAPTIONS (from left to right)

Violence sexuelle familiale

- **Généraliste**
- **Gynécologue**

- **Examen médical/gynécologique**

- **Diagnostics**

– Chirurgie non indispensable

- **Thérapie**
- **Contrôle gynécologique**

- **Thérapie**
- **Contrôle gynécologique**

Exemple : Dans son étude publiée en 1998 - *The Economic Crisis of Violence against Women*, l'économiste Ermi Amor Figueroa Yap s'efforce d'identifier et de quantifier, dans la première recherche exploratoire entreprise en République des Philippines, les coûts économiques de la violence à l'égard des femmes. Pour ce faire, elle a utilisé sept variables classées dans trois groupes principaux: coûts pour l'État, pour la victime et pour la collectivité. Ces variables sont: (1) budgets ou dépenses publics affectés aux activités liés aux soins de santé; (2) prévention et surveillance des cas de violence à l'égard des femmes; (3) dépenses directes engagées par la victime pour les services de santé, indemnités de transport et de subsistance; (4) coûts de l'action en justice contre l'agresseur supportés par la victime, comme les frais de constitution de dossier et d'avocat; (5) coût de renonciation pour la victime (manque à gagner) découlant de son absence au travail; (6) perte de productivité pour le marché due à l'absence au travail et (7) manque à gagner pour la collectivité sous la forme de baisse de productivité, de baisse de revenus, de hausse des coûts de surveillance; et coûts sociaux comme la rupture des rapports familiaux et communautaires, et l'agitation sociale.

Mme. Yap a estimé que la violence familiale coûtait aux autorités philippines jusqu'à 1,7 milliard de dollars par an. D'après Mme. Yap, cette estimation ne comprend pas les dépenses occasionnées par la prestation de services directement liés à la violence à l'égard des femmes. Le Ministère de la Santé, par exemple, ne comptabilise pas les dépenses encourus par le système de santé publique pour la prestation de services médicaux aux femmes victimes de violences.

Source: extrait d'après Gina Mission. n.d. "The Economic Cost of Violence against Filipino Women". Offre une synthèse de la recherche menée par l'économiste Ermi Amor Figueroa Yap. Disponible en [anglais](#).

- ***How to make the law work? Budgetary Implication of Domestic Violence Policies in Latin America*** (Comment faire fonctionner le droit? Incidences budgétaires des politiques contre la violence familiale en Amérique latine) (Centre international de recherche sur les femmes, 2003). Disponible en [anglais](#).
- ***Health Systems Assessment Approach: A How-to Manual*** (Approche analytique des systèmes de santé: Un guide pratique) (M. Islam, 2007). Voir chapitre 7: Health Financing Module (Module de financement de la santé). Disponible en [anglais](#).
- ***Manual for estimating the economic costs of injuries due to interpersonal and self-directed violence*** (Manuel d'évaluation des coûts économiques des blessures causées par la violence interpersonnelle et l'automutilation) (Organisation mondiale de la santé et les *Centres for Disease Control and Prevention*, 2008). Disponible en [anglais](#).
- ***Financial resources management for the Health Sector*** (Gestion des ressources financières pour le secteur de la santé) (U4 Anti-Corruption Resources Centre). Disponible en [anglais](#).
- ***Survey Tools for Assessing Performance in Service Delivery*** (Instruments de contrôle pour l'évaluation des prestations de services) (J. Dehn, R. Reinikka, et J. Svensson, 2003). Disponible en [anglais](#).
- ***Budgétisation sensible au genre et droits des femmes en matière de santé de la reproduction: Un guide pratique*** (FNUAP et UNIFEM, 2006). Disponible en [anglais](#), [français](#) et [espagnol](#).
- ***Paying for Reproductive Health Care: What is Needed and What Is Available?*** (Payer pour la médecine de santé reproductive: qu'est-ce qui est indispensable et qu'est-ce qui est disponible?) (M. Potts, J. Walsh, J. McAninch, N. Mizoguchi et T.J. Wade, 1999). *Family Planning Perspectives* (25) Supplément S10-S16. Disponible en [anglais](#).
- ***Cost-Effective Analysis: What You Always Wanted to Know But Were Afraid to Ask*** (R. Norman, A. Spencer, et G. Feder). *Family Violence Prevention & Health Practice*. Disponible en [anglais](#).

V. Comment élaborer et appliquer des programmes de santé contre la violence à l'égard des femmes dans les centres de soins?

- La réalisation d'évaluations et la mise en place d'un comité d'intervenants pour la coordination, les réformes législatives et la formulation de programmes et de protocoles ne sont que les premières mesures pour la formulation d'une approche globale du secteur de la santé de la violence à l'égard des femmes. Elles n'auront toutefois aucun impact à moins de renforcer les services d'intervention des réseaux de prestataires de services et des centres de soins et de faciliter le développement de programmes de prévention. Il est également impératif d'encourager la participation du personnel d'encadrement et d'autres cadres de haut niveau à ces actions et à assurer l'adhésion institutionnelle des responsables de programmes dans les services de soins (OMS, 2010a). Lors des processus de développement et de mise en place de services destinés aux victimes de la violence, les responsables de programmes devront examiner les modèles théoriques de programmation qui incluent:
 - L'approche écologique: comprendre les risques et les facteurs de protection aux niveaux individuel, relationnel, communautaire et sociétal.
 - L'approche multisectorielle: relier la programmation de la santé aux autres secteurs clés de la prévention et des interventions.
 - L'approche systémique: vérifier que le renforcement des capacités des centres de soins à s'attaquer à la violence à l'égard des femmes s'applique à toutes les activités et ne se limite pas simplement à la formation spécialisée d'un groupe restreint de prestataires. L'approche systémique englobe l'examen des programmes, des protocoles, des infrastructures, des fournitures hospitalières, de la capacité du personnel médical à offrir un soutien psychologique et psychosociale de qualité, de la formation du personnel et d'autres possibilités de promotion professionnelle, de la documentation des cas et des systèmes de données, du fonctionnement des réseaux d'orientation des victimes, des évaluations de sécurité et de danger, entre autres facteurs applicables à certaines situations et certains programmes. (Voir Heise, Ellsberg et Gottemoeller, 1999; Velzeboer et al., 2003; Bott et al., 2004).
 - Une approche intégrée: elle vise à améliorer la prestation des services de santé par l'intégration de la programmation sur la violence dans les programmes de santé existants.
- Les responsables des stratégies de développement de programmes devraient également examiner les questions suivantes:
 - Mise en valeur des ressources humaines, qualifications des responsables et du personnel médical des centres de soins;

- Infrastructure, matériel et fournitures hospitalières;
 - Services disponibles en dehors du centre de soins et capacité de coordination du réseau compétent;
 - Cadres législatifs ou politiques et financement.
- Il est important de se rappeler que les expériences indiquent que **l'incapacité d'un centre de soins d'offrir toute la gamme des services risque de dissuader les victimes de s'y rendre pour recevoir les soins dont elles ont besoin**, la durée du trajet, les frais encourus et les difficultés de transport représentant un obstacle majeur, surtout pour les femmes des zones rurales (Claramunt, 2003).
 - D'autres expériences montrent, toutefois, que **la qualité des services est sans doute le facteur majeur du choix des victimes de l'endroit où elles reçoivent des soins** (Pour plus de renseignements, voir [qualité des soins](#) dans [les principes directeurs](#)).
 - **Les centres de soins devront suivre en toutes occasions les étapes de base définies ci-dessous pour s'assurer que la programmation est efficace et exécutée par un personnel compétent et attentif.**

A. Renforcer la capacité institutionnelle des hôpitaux, cliniques, et autres centres de soins primaires et secondaires de lutter contre la violence à l'égard des femmes.

- **Effectuer une évaluation des besoins du centre de soin.**

L'amélioration des interventions du secteur de la santé contre la violence sexiste a des incidences sur de nombreux aspects du fonctionnement d'un centre de soins. À titre d'exemple, la prestation de services de qualité aux patientes victimes d'actes violents sera subordonnée à l'existence de salles de consultation privées, de [règlements et de protocoles](#) écrits sur les soins à fournir en cas de violence, le volume de patientes à soigner compatible avec la fourniture de services de qualité, l'accès à la [contraception d'urgence](#), et d'un [répertoire de services d'orientation](#) dans la collectivité. Un moyen d'évaluer les ressources d'une clinique est d'y envoyer un observateur indépendant pour vérifier la situation sur place. Un autre moyen est d'inviter une équipe du personnel à remplir une liste de vérification ou un questionnaire autogéré où

figurent les ressources indispensables à la prestation de soins de qualité aux victimes de la violence.

Les méthodologies conseillées incluent:

- **Les observations cliniques**
- **Les entretiens confidentiels** avec le personnel médical représentent une excellente source d'informations sur l'infrastructure, les protocoles et les capacités de soins des centres de santé. Cette méthodologie demande toutefois du temps et des garanties de confidentialité; par ailleurs, le personnel risque de ne pas vouloir se montrer critique vis-à-vis de l'établissement qui l'emploie.
- **Examen des [protocoles et des programmes](#).**

Liste récapitulative d'évaluation et de contrôle des éléments indispensables à la prestation de soins de qualité aux femmes victimes de la violence sexiste

Les établissements de santé ont le devoir éthique d'analyser la qualité des soins qu'ils fournissent aux femmes par des évaluations exhaustives et/ou des contrôles continus et réguliers. L'évaluation devrait également passer en revue un certain nombre d'éléments énumérés ci-dessous qui sont indispensables à la protection de la sécurité des femmes et à la prestation de soins de qualité au vu de l'omniprésence de la violence sexiste:

1. **Valeurs et engagement institutionnels:** Est-ce l'établissement s'est engagé à combattre la violence à l'égard des femmes en adoptant une approche systémique au phénomène? Est-ce que les cadres de direction considèrent la violence à l'égard des femmes comme un problème de santé publique et une violation des droits de la personne, et expriment-ils leur soutien aux initiatives d'amélioration des interventions des services de santé dans ce domaine?
2. **Ententes et réseaux d'orientation:** Est-ce que l'établissement a développé un réseau de services d'orientation des victimes dans la collectivité, en particulier ceux s'adressant aux groupes féminins, et autres services d'appui? Est-ce que l'information sur ces questions est accessible à tous les prestataires de soins de santé?
3. **Intimité et confidentialité:** Est-ce que l'établissement prévoit des espaces séparés, privés et protégés pour les entretiens des femmes avec les prestataires de services de santé? Y a-t-il des protocoles qui garantissent l'intimité, la confidentialité et la protection des femmes, notamment la confidentialité des dossiers? Est-ce que les prestataires de services et ceux

qui sont en rapport avec les femmes en question ou ont accès aux dossiers comprennent les protocoles?

4. **Compréhension et respect des législations locales et nationales:** Est-ce que les prestataires de services connaissent bien le droit local et national relatif à la violence à l'égard des femmes, notamment comment définir un crime, comment garder les preuves scientifiques, quels sont les droits des femmes d'entamer une procédure judiciaire contre les auteurs de violences et de se protéger contre d'éventuelles violences, et quelles sont les mesures à prendre pour se séparer d'un conjoint violent? Est-ce que les prestataires de services comprennent leurs obligations vis-à-vis de la loi, notamment le devoir légal de rapporter les cas de violence (ex. en cas de violence sexuelle), et les dispositions désignant les personnes qui ont accès aux dossiers médicaux (ex., les parents ont-ils le droit de consulter les dossiers médicaux des adolescents)? Est-ce que l'établissement encourage et respecte toutes ses obligations?
5. **Sensibilisation et formation permanente des prestataires:** Est-ce que l'établissement fournit ou contribue avec d'autres organisations à fournir une formation permanente du personnel sur la violence liée au sexe, les normes et pratiques nuisibles, les obligations légales et le traitement médical approprié des cas de violence?
6. **Protocoles relatifs aux soins dispensés aux victimes de la violence sexiste:** Est-ce que l'établissement suit des protocoles précis et faciles à consulter relatifs au dépistage, aux soins et à l'orientation des victimes de violence sexiste? Est-ce que ces protocoles ont été développés de manière participative, ayant pris en compte les réactions du personnel à tous les niveaux, ainsi que ceux des patients? Est-ce que le personnel connaît les dispositions des protocoles et est capable de les mettre en pratique?
7. **Prophylaxie post-exposition, contraception d'urgence et autre matériel médical:** Est-ce que l'établissement dispose de matériel médical en quantité suffisante et est-ce que le personnel a reçu la formation nécessaire pour sa distribution et mode d'emploi?
8. **Matériel d'information et pédagogique:** Est-ce que l'information relative à la violence à l'égard des femmes est visible et disponible, notamment sur les droits des femmes et les services locaux auxquels les femmes peuvent s'adresser?
9. **Dossiers médicaux et systèmes d'information:** Est-ce qu'il existe des mécanisme permettant de documenter les informations sur la violence à l'égard des femmes et de réunir des données et statistiques de service normalisées sur le nombre de victimes de la violence? Est-ce que les dossiers sont gardés en lieu sûr et en toute sécurité?

10 Contrôle et évaluation: Est-ce que l'établissement prévoit des mécanismes de contrôle et d'évaluation continus de ses activités, en particulier pour ce qui concerne les réactions de l'ensemble du personnel et des femmes qui sollicitent des services? Est-ce que les prestataires de services et la direction ont l'occasion d'échanger régulièrement des idées? Y a-t-il un mécanisme permettant aux patients d'offrir leurs réactions aux soins qui leur sont dispensés?

Source: Adapté à partir de S. Bott, A. Guedes, A. Guezmes et C. Claramunt., 2004. *Improving the Health Sector Response to Gender-Based Violence: A Resource Manual for Health Care Professionals* (Améliorer l'intervention du secteur de la santé contre la violence sexiste: Un guide pratique destiné aux professionnels des soins de santé). NY, NY : International Planned Parenthood Federation/Western Hemisphere Region (Fédération internationale pour la planification familiale/Hémisphère occidental). Disponible en [anglais](#) et [espagnol](#).

Étude de cas: *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ, USA)
(Agence pour la recherche et la qualité des soins de santé)

L'Agence américaine pour la recherche et la qualité des soins de santé participe, dans le cadre de partenariats, à des travaux de recherche approfondie sur les moyens d'améliorer l'intervention des autorités médicales contre la violence familiale aux États-Unis. Cette recherche a permis:

D'identifier les lacunes de la recherche et de souligner le besoin de renforcer la base de preuves dans les domaines du dépistage, de la détection et de la prestation de services aux victimes de la violence.

D'aider les agents sanitaires à dépister et identifier les femmes ayant subi des violences en famille.

D'établir des instruments susceptibles d'aider les agents sanitaires à conseiller et soigner les victimes de la violence.

De développer des instruments d'analyse et [d'évaluation](#) des programmes sur la violence familiale.

Les instruments d'évaluation (DELPHI) ont été développés par AHRQ sur la base d'un consensus et sont utilisés dans le cadre hospitalier. Ils comprennent:

1. [Règles et pratiques hospitalières](#)
2. [Environnement physique hospitalier](#)
3. [Environnement culturel hospitalier](#)
4. [Formation des prestataires de services](#)
5. [Évaluation du dépistage et de la sécurité](#)
6. [Documentation](#)
7. [Services d'intervention](#)
8. [Activités d'évaluation](#)
9. [Collaboration](#)

Pour apprendre plus sur le AHRQ, voir le [site web](#).

Instruments de référence

- **How to Conduct a Situation Analysis of Health Services for Survivors of Sexual Assault** (Guide d'analyse situationnelle des services de santé pour les victimes d'agression sexuelle) (South African Gender-based Violence and Health Initiative and Medical Research Council of South Africa). Ce guide fournit des instruments et recommande les mesures à prendre pour la réalisation d'une analyse situationnelle de la qualité des services de santé pour les victimes d'agressions sexuelles. Il comprend une *liste de vérification pour l'établissement* pour la collecte d'informations sur l'infrastructure des installations où sont soignés les victimes de la violence et sont menés les examens médico-légaux, notamment le traitement, le matériel médical et les examens médicaux proposés par l'établissement. Y est également inclus *un questionnaire normalisé pour les prestataires de soins de santé* à utiliser lors des entretiens avec les prestataires qui soignent les victimes de la violence. Il est à souligner que cet instrument n'aborde pas des questions comme le déshonneur et la discrimination, le temps d'attente des patientes pour voir le personnel soignant ou ce qui se passe à la fin de l'examen médical. Disponible en [anglais](#).
- **Clinic Interview and Observation Guide** (Entretien clinique et guide d'observation) (Fédération internationale pour la planification familiale/Hémisphère occidental). Cet instrument d'évaluation recueille des informations sur les ressources humaines, physiques et d'information dont dispose une clinique. La première partie du guide est consacrée à une interview avec un petit groupe de membres du personnel (directeur de l'établissement, un médecin et un conseiller). Cette section comporte

- surtout des questions fermées sur les services, plus précisément les ressources humaines, les protocoles écrits relatifs au dépistage de la violence sexiste, la nature des soins et les mécanismes d'orientation des victimes, et autres services, comme la contraception d'urgence. La deuxième partie examine l'infrastructure physique et opérationnelle de la clinique, comme le caractère privé des salles d'examen et la présence de matériel d'information sur la violence sexuelle. Disponible en [anglais](#) et [espagnol](#).
- **STI/HIV Self-Assessment Module** (Module d'auto-évaluation sur le MST/VIH) (Fédération internationale pour la planification familiale/Hémisphère occidental). Ce module d'auto-évaluation comporte un questionnaire d'évaluation des moyens d'un établissement, y compris ses moyens de gestion, d'offrir des services de qualité en matière de santé sexuelle et reproductive. Le questionnaire offre au personnel médical de différents niveaux l'occasion de juger du degré de participation de son établissement à l'examen des nombreux aspects liés à la violence sexiste, notamment la violence sexuelle. Disponible en [anglais](#) et [espagnol](#).
 - **Management of Rape Victims Questionnaire** (Gestion du questionnaire sur les victimes de viol) (Azikiwe, Wright, Cheng & D'Angelo, États-Unis). Ce questionnaire autogéré destiné aux responsables de programmes des services d'urgence des hôpitaux pédiatriques et pour adultes vise à leur permettre d'évaluer les soins offerts par leurs services aux victimes de viol. Les 22 questions qui y figurent permettent de recueillir des informations sur le nombre de cas de viol traités par un département, les pratiques de dépistage pour maladies sexuellement transmises (MST), les pratiques de contraception d'urgence, les traitements administrés ou prescrits pour la contraception d'urgence, la prophylaxie post-exposition du VIH transmis en pratique non-professionnelle, les traitements administrés ou prescrits pour la prophylaxie post-exposition du VIH, et le suivi du patient. Disponible à l'achat en [anglais](#) auprès de Elsevier.
 - **Using Mystery Clients: A Guide for Using Mystery Clients for Evaluation Input** (Clients mystères: Un guide d'utilisation des clients mystères à des fins d'évaluation) (Pathfinder International, 2006). Le guide fournit des éléments de base sur le concept des clients mystères et donne des indications détaillées sur la réalisation et la présentation d'interviews avec des clients mystères dans les centres de soins. Disponible en [anglais](#).
 - **Standardized Interview Questionnaires and Facilities Checklists** (Questionnaires normalisés pour les entretiens et listes de vérification pour les établissements de santé) (Christofides, Jewkes, Webster, Penn-Kekana, Abrahams & Martin, Afrique du Sud). Ce questionnaire pour les entretiens face-à-face vise à réunir des informations fournies par le personnel soignant les victimes de viol. Le questionnaire comprend cinq sections où sont collectées des informations ayant trait aux particularités

- démographiques des prestataires, au genre de services disponibles pour les victimes de viol, à l'existence de protocoles relatifs aux soins prévus pour les victimes de viol dans ledit établissement, à la formation reçue par le prestataire sur le traitement des victimes de viol, et à l'attitude du médecin par rapport à l'acte de viol et aux femmes qui en sont les victimes. Les réponses aux différentes questions servent à établir une échelle de mesure de la qualité des soins cliniques. L'instrument d'évaluation inclut également une liste de vérification remplie par les agents sur le terrain dans chaque centre de soins, où ils consignent la présence ou l'absence de matériel et de médicaments et la qualité structurelle de l'établissement. Les questionnaires pour les entretiens et les listes de vérification pour les établissements de santé sont disponibles en [anglais](#).
- **Quality of Care Composite Score** (Niveau de prestation composite des soins) (Christofides, Jewkes, Webster, Penn-Kekana, Abrahams & Martin, Afrique du Sud). La *Quality of Care Composite Score* est une évaluation individuelle par les praticiens de santé de la qualité des soins cliniques dispensés par les médecins et les infirmiers qui traitent les victimes de viol au regard des indicateurs de stratégies préventives contre les infections sexuellement transmissibles et de prévention des grossesses, d'orientation des victimes et de qualité des analyses médico-légales. Le guide aborde 11 sujets comme le traitement des infections sexuellement transmissibles et tous les types de vêtements et sous-vêtements à soumettre aux analyses médico-légales. Disponible en [anglais](#).
 - ***Ver y Attender! Guía Practica para Conocer cómo Funcionan los Servicios de Salud para Mujeres Víctimas y Sobrevivientes de Violencia Sexual*** (E. Troncoso, D. Billings, O. Ortiz et C. Suarez/FNUAP et Ipas, 2006, Amérique latine). Ce guide propose un instrument efficace d'évaluation sur place des services de soins ou d'orientation qu'un établissement est censé devoir ou pouvoir offrir aux victimes de viol, des protocoles et des pratiques, des moyens de garde et de collecte des données, et des diagnostics sur le VIH et de la prophylaxie post-exposition par tranches d'âge. Disponible en [espagnol](#).
 - ***Comment aborder en pratique la violence liée aux femmes: Guide programmatique à l'intention des praticiens et gestionnaires de santé*** (Billings/FNUAP, 2001). Ce guide fournit des indications sur la réalisation d'une analyse situationnelle en p. 44. Disponible en [anglais](#), [français](#) et [espagnol](#).
 - ***Evaluating Domestic Violence Programs*** (Comment évaluer les programmes sur la violence familiale) (United States Agency for Healthcare Research and Quality). Cet instrument contribue à la réalisation d'une évaluation formelle de la performance d'un programme hospitalier sur la violence familiale. Il a été développé par une équipe d'experts qui se sont intéressés en particulier à l'examen des mesures structurelles et opérationnelles. L'instrument d'évaluation mesure neuf

catégories qui sont précisées en ligne: programmes et pratiques hospitaliers, cadre de vie hospitalier, cadre culturel hospitalier, formation des prestataires de services, dépistage et évaluation des dangers, documentation, services d'intervention, activités d'évaluation et collaboration avec autres prestataires de services. La documentation, notamment [l'instrument d'évaluation des établissements de santé](#), est disponible en [anglais](#).

- **Programme Twubakane d'évaluation des capacités des formations sanitaires à prendre en charge les violences basées sur le genre (VBG)** (IntraHealth, 2008). Disponible en [anglais](#) et [français](#).

2. Développer des programmes, des protocoles écrits et des actions qui favorisent l'intégration des services chargés de lutter contre la violence à l'égard des femmes à tous les niveaux d'activités de l'établissement de santé.

- S'il est vrai que chaque centre de soins souhaite développer ses propres programmes et protocoles de santé en fonction de la nature et de la portée des services qu'il offre, ces programmes et protocoles devront dans toute la mesure du possible s'inspirer [des programmes et protocoles](#) existants au niveau national et sous-national, de manière à garantir que le personnel médical des divers organismes et institutions observent des principes et directives identiques qui favorisent la protection, la santé et le bien-être des femmes.
- Lors du développement de programmes et de protocoles, les responsables des établissements de santé devront se rappeler les leçons apprises sur les **bonnes pratiques**, à savoir:
- Encourager la participation de personnel sensibilisé et compétent au développement de politiques et de protocoles pour améliorer la qualité et l'efficacité des services.
- Faire connaître les orientations politiques et protocoles à l'ensemble du personnel médical, pas seulement à ceux qui fournissent des soins directs, et, s'il y a lieu, en afficher des synthèses (par exemple sur la [confidentialité](#)) dans la clinique pour informer les patients des critères et pratiques de soins.
- Surveiller l'application et l'efficacité des politiques dans le temps grâce aux réactions périodiques du personnel, de l'examen des dossiers médicaux, etc., pour décider quand et comment modifier ces politiques et protocoles si nécessaire (Bott et al., 2004).
- S'il est vrai que chaque établissement doit pouvoir décider des orientations politiques et des protocoles à développer dans un cadre bien

précis, tous les établissements devront néanmoins considérer les questions suivantes:

Type de programme ou protocole	Pourquoi ce genre de programme ou protocole sont-ils importants et que doivent-ils inclure?	Exemples
Harcèlement sexuel	Tous les établissements de santé devraient avoir une réglementation écrite interdisant au personnel de se livrer à des actes de harcèlement sexuel envers leurs collègues ou patients. Ces dispositions devront préciser le genre de comportement interdit et définir clairement ce qu'est le harcèlement sexuel, indiquer la démarche à suivre pour rapporter de tels cas et expliquer les conséquences en cas de non-respect de la réglementation en vigueur. Les organisations de santé n'arriveront pas à s'attaquer véritablement au problème de la violence sexiste si elles sont incapables de faire respecter les droits de leur propre personnel et des patients dans ce domaine. Une politique contre le harcèlement sexuel qui définit clairement les procédures en cas de non-respect de la réglementation est par conséquent indispensable.	Voir Bureau de la Conseillère spéciale sur la problématique hommes-femmes et la promotion de la femme pour des exemples de politiques des institutions de l'ONU en matière de harcèlement sexuel . Voir Aperçu des pratiques et programmes médicaux sur le harcèlement sexuel aux États-Unis.
Intimité et confidentialité du patient	Tous les établissements de soins devraient avoir une réglementation écrite instruisant le personnel comment protéger le caractère privé et confidentiel de ses rapports avec les	Voir Ensuring Privacy and Confidentiality in Reproductive Health Services: A Training Module and Guide for Service Providers (2003) . (Garantir l'intimité et la confidentialité des services de santé reproductive: Un module et guide pratique à

patients. Ces instructions devront répondre aux interrogations concernant les endroits et circonstances à l'intérieur d'un établissement où le personnel serait autorisé à échanger des informations sur les patients avec leurs collègues ou les patients eux-mêmes, et définir les situations où les prestataires de soins seraient autorisés à évoquer la condition de leurs patients avec d'autres personnes, y compris les membres des familles. Le caractère confidentiel des dossiers médicaux, les situations où la prestation de certains services serait subordonnée à la permission familiale, et les conditions dans lesquelles les adolescents seraient autorisés à dissimuler à leurs familles des informations personnelles et médicales devront être également précisés.

l'intention des prestataires de services) PATH et Global Health Council.

Traitement des cas de violence à l'égard des femmes, notamment la violence sexuelle et le viol

Il serait préférable que les services de santé développent des protocoles de soins pour les femmes victimes de la violence sexiste, notamment le viol. Ces dispositions devraient aider les prestataires de soins à réagir de manière attentionnée et rassurante aux révélations de violences subies par les patientes, qui soit respectueuse de leurs droits humains et légaux. Pour les cas de violence sexuelle, par exemple, le protocole devrait préciser les

Voir [Minimal Elements of a Domestic Violence Protocol & Implementation of a Domestic Violence Protocol](#) (Éléments de base d'un Protocole relatif à la violence familiale & Application d'un Protocole relatif à la violence familiale) d'après le Family Violence Prevention Fund.

Voir [model protocol to guide medical and sexual assault history taking](#), analyses médico-légales et examens de santé et analyses de laboratoire, qui incluent six formulaires extraits du *Sexual Assault Nurse Examiner Programme* aux États-Unis.

Voir [Diagnostics and Treatment](#)

conditions qui prévoient une [contraception d'urgence](#) et des examens médicaux pour infections sexuellement transmises (IST). De tels protocoles devraient augmenter les chances des femmes de recevoir un traitement satisfaisant, surtout là où le personnel médical entretient des idées fausses sur des questions comme la violence sexuelle, la contraception d'urgence, les IST et le VIH.

Gestion des situations de risque ou de crise

Les établissements de santé qui entendent renforcer leurs interventions en matière de violence à l'égard des femmes devraient développer des protocoles de soins pour les femmes en situation de crise ou à haut risque. Cette catégorie inclut les patientes qui semblent les plus exposées au suicide, à l'homicide, aux blessures ou aux troubles psychologiques graves. Ce genre de protocole devrait fournir des indications sur les moyens d'identifier les facteurs de risque, d'assurer à tout le moins un traitement médical rudimentaire et de désigner le personnel qualifié pour offrir une orientation psychologique et assurer la protection des victimes.

[Guidelines](#) (Diagnostics et indications de traitement) d'après la *American Medical Association for Domestic Violence*.

[Model Protocol On Safety Planning for Domestic Violence Victims with Disabilities](#) (Protocole type d'aménagement sécuritaire pour les victimes handicapées de la violence familiale). D'après la *Washington State Coalition against Domestic Violence*.

Voir [Employee Domestic Violence Policy and Procedure: Guidelines for Increasing Safety and Providing Support](#) (Politiques et pratiques pour les employés victimes de la violence familiale: Directives pour renforcer la sécurité et fournir un soutien) d'après le *Family Violence Prevention Fund*.

[Intimate Partner Violence and Sexual Violence Victimization Assessment Instruments for Use in Healthcare Settings](#) (Instruments d'évaluation de la violence entre partenaires intimes et de la victimisation par violence sexuelle applicables pour la prestation de soins) d'après les *Centers for Disease Control*.

SASA! Health Care Provider Training Manual (SASA! Manuel pratique pour les prestataires de soins). Voir [safety planning](#)

Adapté d'après S. Bott, A. Guedes, A. Guezmes et C. Claramunt, 2004. *Improving the Health Sector Response to Gender-Based Violence: A Resource Manual for Health Care Professionals* (Renforcer l'intervention du secteur de la santé contre la violence sexiste: Un manuel pratique à l'intention des professionnels de la santé). NY, NY: International Planned Parenthood Federation /Western Hemisphere Region (Fédération internationale pour la planification familiale/Hémisphère occidental, p.86. Disponible en [anglais](#) et [espagnol](#).

Exemple: Malgré le peu de preuves à l'appui, une étude menée en Afrique du Sud indique que les praticiens qui offraient les meilleurs soins (examens et conseils pour le VIH, traitement des infections sexuellement transmissibles, analyses médico-légales, orientation vers les services de soutien et accompagnement psychologique en cas d'avortement) étaient plus enclins à considérer le viol comme un problème médical grave. Ces praticiens étaient aussi plus susceptibles d'avoir travaillé dans une clinique avec un protocole sur le traitement du viol et étaient globalement plus expérimentés pour en soigner les victimes. (Christofides et al., 2005 cité dans Martin, 2007 et dans Conseil de population, 2008b).

3. Animer des programmes de sensibilisation et de formation du personnel et lui accorder un soutien continu.

- Le renforcement des compétences professionnelles du personnel est indispensable à la capacité d'un établissement de santé de répondre à la violence à l'égard des femmes de façon éthique et efficace. Trop souvent, en particulier dans des conditions où les moyens sont limités, le personnel ne reçoit pas la formation et le soutien nécessaires: même s'il en reçoit, il s'agit le plus souvent d'une seule séance avec un suivi limité ou sans suite.
- En règle générale, les responsables des établissements de santé devront envisager les principales activités suivantes pour renforcer les capacités de leur personnel :
 - **Tout l'effectif** de l'établissement de santé, depuis les cadres jusqu'aux services généraux en passant par les prestataires de services, devrait **recevoir une formation** sur les questions liées à la violence à l'égard des femmes et à la discrimination à leur endroit. Il est prouvé que le personnel médical peut, tout autant que les autres membres de la société, éprouver des préjugés vis-à-vis des victimes de la violence, leur reprochant les faits. Le personnel doit être également rendu conscient de la nature et

portée de la violence à l'égard des femmes, de la dynamique de la violence, des facteurs de risque et des conséquences du fléau.

- **Le personnel qualifié**, notamment le personnel médical qui fournit des soins aux victimes, devra recevoir une **formation** supplémentaire et continue sur des éléments clés comme les procédures d'admission, les examens médicaux, la garde des dossiers, etc.
- **Le personnel qualifié** devra également recevoir un **soutien** continu, lui permettant de gérer les problèmes posés par le traitement des victimes, sous la forme de supervision, de formation en cours d'emploi, d'examens de cas, etc.

Exemple : La *Woman Friendly Hospital Initiative* au Bangladesh. À compter de 2002, la *Bangladesh Woman Friendly Hospital Initiative* a été lancée dans 30 établissements hospitaliers du Bangladesh. La gestion de la violence à l'égard des femmes, un des volets d'un projet plus vaste visant à réduire la mortalité infantile, a été désignée comme un objectif prioritaire. Fait important, le projet met l'accent sur la nécessité de renforcer les compétences techniques et d'améliorer les mentalités et comportements du personnel hospitalier lui permettant d'offrir des services respectueux, équitables, rapides, de bonne qualité et adaptés aux patients. On estimait généralement que si les femmes pouvaient recevoir ce type de services, elles seraient plus disposées à se faire soigner et à faire constater leurs blessures. Il a également été établi qu'une attention particulière devait être accordée aux aspects médico-légaux de la violence sexuelle et que le personnel médical chargé d'examiner les patients devait recevoir une formation spécialisée dans ce domaine. À cette fin, un atelier de formation spécialisée de six jours a été mis sur pied, dont une journée consacrée à l'examen des attitudes, des valeurs et des préjugés qui entourent la violence à l'égard des femmes...[et une autre] à l'agression sexuelle et à la gestion clinique et scientifique des femmes qui en sont les victimes.

Source: extrait de J. Du Mont et D. White, 2007. [*The Uses and Impact of Medico-legal Evidence in Sexual Assault Cases: A Global Review*](#). Genève, Suisse: OMS, p.44, d'après Afsana, 2006; Y.A. Haque, 2001; Y.A. Haque et M. Clarke, 2002.

3a. Première étape: Réaliser des enquêtes sur le personnel.

- Des enquêtes sur les connaissances, les attitudes et les pratiques (CAP) du personnel visant à établir le niveau, l'ampleur et le type de sensibilisation et de formation à offrir aux différentes catégories de personnel (d'accueil, infirmiers, médecins, spécialistes) devraient précéder les activités de sensibilisation et de formation. En outre, l'information recueillie à cette occasion pourrait alimenter une ligne de base permettant aux programmes de santé de mesurer les changements intervenus au fil du temps au niveau des connaissances, des attitudes et des pratiques des prestataires. Les enquêtes sur les CAP devraient porter sur:
 - Les perceptions, attitudes et convictions personnelles sur la violence à l'égard des femmes;
 - Les connaissances de la problématique hommes-femmes et des droits de la personne;
 - Les compétences techniques (médicales et non-médicales) liées au traitement des victimes de la violence à l'égard des femmes.
- Les méthodologies de collecte d'informations sur les connaissances, les attitudes et les pratiques des prestataires sont décrites ci-dessous, et incluent des enquêtes et la collecte de données qualitatives par le biais de débats de groupes et d'autres moyens engageant la participation des prestataires de services. Les données qualitatives contribuent à une meilleure compréhension des points de vue des prestataires. Les données quantitatives rendent plus facile l'évaluation des changements dans le temps.

Méthodologie d'évaluation des CAP du personnel

AVANTAGES COMPARATIFS

INSTRUMENTS D'ÉCHANTILLONNAGE

Enquêtes

Les informations recueillies à l'occasion de ces enquêtes permettent d'apprendre:

- si les prestataires de services ont abordé la question de la violence avec leurs patients, avec quelle fréquence et à quelle occasion;
- ce que les prestataires de services considèrent comme des obstacles au dépistage;

À l'occasion de la réalisation d'enquêtes, il est préférable d'utiliser ou d'adapter des instruments et des sujets déjà désignés ou validés, en particulier ceux extraits de:

Gender-Equitable Men (GEM) Scale (Horizons and Promundo). Cette échelle évalue les attitudes générales envers les critères de parité des sexes pour fournir des indications sur les normes prédominantes dans une société et l'efficacité des programmes qui

- comment les prestataires réagissent aux révélations de violences subies par leurs patients;
- quelles sont les attitudes discriminatoires ou réprobatoires des prestataires de services;
- quelles sont leurs attitudes à l'égard des femmes qui ont subi des violences;
- ce qu'ils connaissent sur les conséquences de la violence sexiste, et
- quel est le genre de formation qu'ils ont reçue.

cherchent à les infléchir. L'instrument peut être adapté à l'utilisation par les prestataires de soins. Disponible en [anglais](#), [espagnol](#) et [portugais](#).

Personal Assessment for Advocates Working with Victims of Sexual Violence (The National Resource Sharing Project and the National Sexual Violence Resource Center, 2010) (Évaluation personnelle pour les défenseurs des victimes de la violence sexuelle). Cet instrument a été développé pour aider les défenseurs des droits des victimes de la violence sexuelle à désigner les points forts de leur action et les moyens nécessaires pour en améliorer l'efficacité. L'évaluation est disponible en [anglais](#).

The Attitudes Towards Rape Victims Scale (Échelle d'attitudes envers les victimes de viol) (The Arizona Rape Prevention and Education Project). Ces échelles sont des instruments autogérés permettant d'analyser les attitudes individuelles envers les victimes de viol plutôt qu'envers le viol en général. Disponible en [anglais](#).

The Sexual Violence Research Initiative (L'Initiative de recherche sur la violence sexuelle) a compilé un ensemble exhaustif d'instruments d'évaluation de programmes et de méthodologies d'analyse de la prestation de soins, des connaissances, des attitudes, des pratiques et des comportements dans les projets et

services en matière de violence sexuelle. En les portant à la connaissance des prestataires de services, des cadres de direction, des chercheurs, des décideurs et des militants, entre autres, les responsables de l'Initiative ont cherché à faciliter l'intégration du processus d'évaluation dans les projets et plans programmatiques. Les instruments d'évaluation proviennent des articles parus dans des revues examinées par des confrères qui publient les conclusions tirées des évaluations des services de santé et des interventions en faveur des victimes de la violence sexuelle, rédigées en anglais et en espagnol et rendues publiques entre janvier 1990 et juin 2005. Les instruments se trouvent dans la section Évaluation du [site web](#) de l'Initiative de recherche sur la violence sexuelle.

**Entretiens
semi-structurés**

Les entretiens semi-structurés donnent un aperçu des connaissances, des attitudes et des pratiques du personnel médical et permettent d'explorer les difficultés, les obstacles et les préoccupations susceptibles de compromettre la prestation de soins.

International Planned Parenthood Federation/Western Hemisphere Region's (IPPF/WHR) Survey of Provider Knowledge, Attitudes and Practices (KAP) (Enquête de la Fédération internationale pour la planification familiale/Hémisphère occidental (FIPF/HO) sur les connaissances, les attitudes et les pratiques des prestataires de services) (CAP). Ce face-à-face s'adresse aux prestataires de services de santé aux femmes. Il porte sur les connaissances, les attitudes et les pratiques des prestataires de services pour ce qui concerne la violence dans la vie de leurs patientes. Y figurent environ 80 questions (la plupart fermées) qui abordent toute une série de sujets, dont: le fait de savoir si les prestataires

de services ont évoqué la question de la violence avec leurs patients, avec quelle fréquence et à quelle occasion, ce que les prestataires considèrent comme des obstacles au dépistage, les réactions des prestataires à l'identification de patients qui ont subi des violences, leurs attitudes envers les femmes qui ont subi des violences, leurs connaissances sur les conséquences de la violence sexiste, et le genre de formation qu'ils ont reçue dans le passé. Disponible en [anglais](#) et [espagnol](#).

Forensic and Medical Care Following Sexual Assault Service Education Programme Evaluation

Questionnaire (Questionnaire d'évaluation des programmes d'éducation sur les services de soins légistes et médicaux consécutifs à l'agression sexuelle): Ce questionnaire vise à mesurer le niveau des connaissances et le taux de satisfaction du personnel médical avec sa capacité de soigner les patientes victimes d'agressions sexuelles. Il comprend des questions telles que, comment évalueriez-vous votre capacité à collecter des preuves scientifiques? Ce questionnaire peut s'autogérer ou servir comme guide pour des entretiens.

Méthodologies qualitatives, participatives

Les méthodologies qualitatives donnent un aperçu des connaissances, des attitudes et des pratiques des prestataires de services, ainsi que des pratiques et normes institutionnelles, de la dynamique de groupe et du flux de

Il y a d'innombrables méthodologies qualitatives qui peuvent inclure des débats de groupes de réflexion, des récits évolutifs, la cartographie, des jeux de rôle, des diagrammes de Venn, etc.

Trousse à outils d'évaluation Twubakane des capacités à prendre

travail.

en charge la VBS/TMF : Guides pour les groupes de réflexion. Les [Guides](#) pour patients, prestataires de services et collectivités sont disponibles en anglais et français.

Voir la section sur les méthodologies qualitatives du module [Suivi et évaluation](#) pour des idées et exemples d'utilisation.

3b. Deuxième étape: Assurer la sensibilisation et la formation du personnel.

- Après avoir procédé à l'examen des conclusions des évaluations des CAP du personnel médical, les centres de soins seront en mesure de décider des meilleures méthodes de sensibilisation et de formation, dont:
 - Organisation d'ateliers de formation intensive à l'attention du personnel avec le concours d'experts et d'organisations extérieures;
 - Envoi de groupes restreint de personnel aux programmes ou ateliers d'autres organisations ou établissements universitaires;
 - Embauche de nouveau personnel spécialisé dans certains aspects de la violence à l'égard des femmes;
 - Prise de dispositions pour assurer une formation et un soutien continu par des experts ou organismes spécialisés dans certains aspects comme la psychologie ou le droit;
 - Diffusion régulière de publications éducatives aux prestataires de services;
 - Intégration de la question de la violence à l'égard des femmes dans les programmes d'autres ateliers de formation pour le personnel sanitaire.

Extrait de S. Bott, A. Guedes, A. Guezmes et C. Claramunt, 2004. *Improving the Health Sector Response to Gender-Based Violence: A Resource Manual for Health Care Professionals* (Améliorer l'intervention du secteur de la santé contre la violence liée au sexe: Manuel pratique pour les professionnels de la santé). NY, NY : International Planned Parenthood Federation/Western Hemisphere Region (Fédération internationale pour la planification familiale/Hémisphère occidental) p.79. Disponible en [anglais](#) et [espagnol](#).

<embed src="http://blip.tv/play/ha49ruACAg%2Em4v" type="application/x-shockwave-flash" width="480" height="390" allowscriptaccess="always" allowfullscreen="true"></embed>

- Il est impératif de se souvenir lors du développement de programmes de sensibilisation et de formation destinés au personnel que certains participants ont certainement été eux-mêmes victimes ou auteurs d'actes de violence. Il appartiendra par conséquent aux facilitateurs de prévoir ou aborder les problèmes personnels qui risquent de se poser pendant la formation. À tout le moins, il faudra assurer des services de soutien psychologique aux participants qui en font la demande pendant ou après les séances de formation.
- Les tableaux suivants présentent certains sujets et objectifs clés en matière de sensibilisation et de formation, ainsi que des instruments de formation adaptés et autres ressources.

SENSIBILISATION DE L'ENSEMBLE DU PERSONNEL

<i>Sujet</i>	<i>Objectifs éducatifs clés</i>	<i>Instruments potentiels</i>
<i>Droits de la personne et législations internationale et nationale</i>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Comprendre les droits élémentaires de la personne liés à la santé et à la violence à l'égard des femmes, et apprendre à fournir des services de santé axés sur le respect de ces droits. ○ Se familiariser avec les législations nationales relatives à la violence à l'égard des femmes pour comprendre leurs obligations et pouvoir informer les femmes de leurs droits légaux. 	<p>A Human Rights-Based Approach to Programming: Practical Information and Training Materials (2010) (Approche de la programmation axée sur les droits de l'homme: Informations pratiques et matériel de formation). Ce manuel, résultat d'une collaboration du FNUAP et de la <i>Harvard School of Public Health</i>, fournit des indications progressives sur l'intégration d'une approche respectueuse des cultures, sexospécifique et axée sur les droits de la personne dans la programmation de chacune des trois principales activités du</p>

FNUAP : population et développement, santé reproductive et égalité des sexes. Ce manuel examine aussi la question de l'application de cette approche aux situations d'urgence d'ordre humanitaire. Le matériel de formation annexé est également téléchargeable. Disponible en [anglais](#).

Women's Human Rights: A Manual for Education & Action on Domestic Violence and Sexual Assault (2003)

(Droits de la personne des femmes: Un manuel d'éducation et d'action sur la violence familiale et l'agression sexuelle). Ce matériel de formation, réuni par le *Women's Rights Network*, forme un guide pratique destiné aux défenseurs des droits de la personne. Il entend attirer l'attention au fait que la violence familiale et l'agression sexuelle constituent des violations des droits de la personne, renforcer les capacités de leadership des militants contre la violence et les mobiliser pour l'application de stratégies axées sur les droits de la personne dans la lutte contre la violence à l'égard des femmes aux États-Unis. Le matériel de formation est un panachage de conférences, de vidéos et d'exercices de groupes interactifs, et examine la préparation réflexive et opérationnelle autour de l'application de stratégies axées sur les droits de la personne

Condition de la femme & Cadre social et culturel

- Comprendre les problèmes liés à la problématique hommes-femmes, notamment comment l'inégalité des pouvoirs dans les relations intimes et dans les communautés expose les femmes à la violence.
- Comprendre les facteurs culturels de vulnérabilité à la violence dans le cadre professionnel des prestataires de services. Alcoolisme, rapports sexuels intergénérationnels et toxicomanie sont des exemples de facteurs individuels; extrême pauvreté, régime patriarcal et autres sont des facteurs collectifs (Hainsworth & Zilhão, 2009).

Note: Les programmes de formation devraient s'appuyer sur les recherches existantes sur les attitudes envers la violence à l'égard des femmes ou, s'il y a lieu, les groupes de réflexion avec les membres de la communauté pour comprendre les normes

dans la lutte contre la violence à l'égard des femmes dans le cadre communautaire.
Disponible en [anglais](#).

Voir également l'ensemble du **module sur la législation** en [anglais](#), [français](#) et [espagnol](#).

Oxfam Gender Training Manual (1994) (*Manuel Oxfam de formation relative à l'égalité des sexes*) est un instrument de formation exhaustive qui guide le lecteur tout le long d'un processus de formation par le biais de matériel portant, en particulier, sur les présentations, les attentes, le partage d'expériences, la recherche de consensus, la prise de conscience de la problématique hommes-femmes et la conscience de soi (pour hommes et femmes), les rôles dévolus aux deux sexes, les femmes dans le monde, la participation des deux sexes au développement, l'évaluation et la planification sexospécifiques, la participation des deux sexes aux débats sur les grands problèmes internationaux, la collaboration avec les hommes et les femmes, la communication avec les deux sexes et les stratégies de changement et d'évaluation. Le manuel peut être consulté en ligne sur [Google Books](#) ou est disponible à l'achat sur [Oxfam site](#) (site Oxfam).

Gender, HIV and Human

communautaires dans ce domaine.

Rights: A Training Manual (2000) (Condition de la femme, VIH et droits de la personne: Un manuel de formation). Ce manuel de formation réalisé par l'UNIFEM est un instrument utile pour les animateurs communautaires qui participent à la lutte contre le sida. Le manuel se compose d'une [Présentation](#), de la [Section I](#) consacrée aux problèmes que pose l'épidémie de VIH/sida du point de vue de la sexospécificité et des droits de la personne, de la [Section II](#), qui examine les préoccupations sexospécifiques en matière de VIH et de développement, de la [Section III](#), qui présente une approche axée sur les droits de la personne du problème du VIH et du sida, de la [Section IV](#), qui rapporte les leçons tirées des ateliers de formation et de la [Section V](#), qui est une annexe de questionnaires et de sites utiles.

Gender or Sex: Who Cares? (2001). Cet ensemble d'instruments publié par *Ipas* et *Health and Development Networks* se compose d'un manuel, de fiches de programmes, de diapositives et/ou de feuillets d'information. Le manuel présente la question de l'identité sexuelle et la santé sexuelle et reproductive. Bien que s'adressant tout particulièrement aux jeunes, les instruments participatifs de ce manuel peuvent s'adapter à de

nombreux publics. Disponible en [anglais](#) et [espagnol](#).

Inner Spaces Outer Faces Initiative Toolkit: Tools for Learning and Action on Gender and Sexuality (2007)

(Instruments d'apprentissage et d'action sur l'identité sexuelle et la sexualité). Cette ressource, réalisée par *Cooperative for Assistance and Relief Everywhere, Inc. (CARE)* et le Centre international de recherche sur les femmes (CIRF), s'adresse aux responsables des programmes de développement et de santé. Cette trousse d'information est une compilation d'activités de formation, de réflexion et de suivi qui permet aux responsables de programmes d'identifier, d'explorer et de contester les structures sociales en matière d'identité sexuelle et de sexualité dans leurs vies ou celles de leurs partenaires, dans le cadre des interventions programmatiques et à l'intérieur de leurs organisations. Disponible en [anglais](#).

Techniques d'engagement de base

- Savoir comment fournir une assistance et éviter d'accuser la victime. Le personnel sanitaire devrait apprendre à détecter et à dénoncer les attitudes réprobatrices à l'égard des femmes qui ont connu la violence et à contester l'état d'esprit qui admet la violence comme

Communication Skills in Working with Survivors of Gender-Based Violence (2004)

(Techniques de communication avec les victimes de la violence liée au sexe). Ce manuel de formation, réalisé par *Family Health International (FHI)*, le Consortium sur la santé reproductive des réfugiés en

méritée ou même souhaitée, comme par exemple « les femmes aiment bien se faire châtier ». (Kim et Motsei, 2002).

- Apprendre les messages clés axés sur le respect des droits de la personne qu'ils font passer aux patients, comme le droit de vivre à l'abri de la violence, de sorte que la violence n'est jamais justifiée ou « la faute des autres », le droit de refuser des rapports sexuels, etc.
- Acquérir les compétences nécessaires pour traiter les problèmes éminemment psychologiques avec compassion et compréhension. Apprendre à accepter les réactions psychologiques des femmes à la violence et à rassurer les victimes que ces réactions sont normales et justifiées.

situation de conflit et le Comité international de secours, est destiné aux prestataires de services qui soignent les victimes de la violence sexiste. Le manuel inclut un programme de formation de cinq jours sur les techniques de communication pour les formateurs, assorti d'une documentation, de programmes et de feuillets d'information qui pourront être utilisés par les formateurs à l'occasion de formations à venir. Le manuel examine les éléments de la violence sexiste, les stratégies de participation aux activités avec les victimes de la violence sexiste, les responsabilités des prestataires de services, les services d'orientation communautaires, les mécanismes de soutien aux prestataires de services et le processus d'évaluation. Disponible en [anglais](#).

Caring for Survivors Training Manual (2010) (Manuel de formation sur les soins aux victimes). Ce manuel produit par l'UNICEF comporte deux parties. La première partie de cette série de modules de formation examine comment les acteurs multisectoriels peuvent établir des rapports de confiance et éthiques avec les victimes de la violence. Le manuel s'inspire des directives de l'Organisation mondiale de la santé. Disponible en [anglais](#).

**Responsabilités
de base du
personnel
sanitaire**

- Reconnaître l'importance du secteur de la santé dans la prestation de soins aux victimes.
- Comprendre l'impact sur l'état de santé des victimes des différentes formes de violence à l'égard des femmes.
- Comprendre les tâches respectives du personnel sanitaire dans la prestation de soins.
- Comprendre les modèles de base utilisés contre la violence à l'égard des femmes dans le secteur de la santé.

Integrating Poverty and Gender into Health Programmes: A Sourcebook for Health Professionals: Module on Gender-Based Violence (2005) (Intégration de la pauvreté et du genre dans les programmes de santé: Recueil d'informations pour les professionnels de la santé: Module sur la violence sexiste). Ce recueil de matériel de formation, conçu par l'Organisation mondiale de la santé, vise à attirer l'attention des professionnels de la santé et à améliorer leurs connaissances et compétences sur la violence basée sur le sexe (VBS). Le module fournit des indications générales sur la VBS et le rôle des professionnels de la santé et des systèmes de santé dans la prévention et l'intervention en matière de VBS. Le module fournit également des exemples de bonnes pratiques dans les centres de santé, les programmes communautaires et les politiques de santé, des notes de facilitation et des instruments, outils et références divers. Disponible en [anglais](#).

Ensuring Privacy and Confidentiality in Reproductive Health Services: A Training Module and Guide for Service Providers (2003), PATH et *Global Health Council* (Assurer le caractère privé et confidentiel

des services de santé reproductives: Un Module de formation et Guide pour les prestataires de services). Le manuel propose des instruments, des ressources et des recommandations sur la responsabilité des agents sanitaires dans la lutte contre la violence, donne des instructions aux agents et responsables sanitaires pour l'élaboration de programmes et fournit des instruments d'analyse, de suivi, d'évaluation et de dépistage. Disponible en [anglais](#).

FORMATION SPÉCIALISÉE POUR UN GROUPE RESTREINT DE PERSONNEL

Sujet	Principaux objectifs éducatifs	Instruments de référence
Gestion médicale de l'agression sexuelle	<p>Les prestataires de soins devraient apprendre comment:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fournir des soins et un soutien qui soient confidentiels, privés, dépourvus de jugement et stimulants; • Traiter un cas et le documenter proprement; • Rechercher les blessures les plus graves et fournir les soins adaptés • Évaluer le risque de grossesse et fournir une contraception post-coïtale ou participer à la prise de décision concernant la 	<p>Caring for Survivors Training Manual (2010) (Manuel de formation sur les soins aux victimes). Ce manuel produit par l'UNICEF comporte deux parties. La deuxième partie examine les interventions médicales pour les victimes de l'agression sexuelle, suivant les directives de l'Organisation mondiale de la santé. Disponible en anglais.</p> <p>Guidelines for Medico-legal Care for Victims of Sexual Violence (2003) (Guide de soins medico-légaux pour les</p>

poursuite ou l'interruption de la grossesse si c'est indiqué ou légal;

- Fournir une prophylaxie de prévention et de traitement des maladies sexuellement transmissibles;
- Orienter le patient avant et après le test de VIH et administrer le test de VIH, si une prophylaxie post-exposition pour le VIH est prévue;
- Offrir des précisions sur la législation sur le viol, sur les suites données à une déclaration d'agression à la police et les rôles réservés à la police, au parquet, à la défense et au juge, et les démarches judiciaires à accomplir par la victime;
- Effectuer un test et vacciner contre l'hépatite B, si ces services sont prévus;
- Fournir des indications aux victimes sur tous les examens, modes d'emploi et effets secondaires
- Évaluer les besoins psychologiques immédiats des victimes et fournir un traitement adapté, notamment des informations sur le syndrome traumatique post-viol;
- Diriger les victimes vers une source De soutien continu.

victimes de la violence sexuelle). Ces directives, réalisées par l'Organisation mondiale de la santé, s'adressent aux professionnels de la santé et aux responsables de politiques sanitaires. Le guide fournit aux praticiens des connaissances et des techniques sur le traitement des victimes de la violence sexuelle, des instructions pour la mise en place de services et de normes de soins de santé et inclut un modèle de formulaire de consultation. Le manuel peut être utilisé à des fins d'orientation, de planification de services ou de politiques de santé ou comme matériel de formation, et adapté selon les besoins. Disponible en [anglais](#).

Clinical Management of Rape Survivors: Developing Protocols for Use with Refugees and Internally Displaced Persons (2004)

(Gestion clinique des victimes de viol: Développement de protocoles à adopter avec les réfugiés et les personnes déplacées dans leur propre pays). Ce matériel de formation développé par l'Organisation mondiale de la santé et le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, est destiné aux prestataires de services de santé et leurs formateurs. Le manuel examine

Le personnel qualifié devra également recevoir une formation spécialisée supplémentaire en médecine médico-légale afin de pouvoir:

- Faire passer un examen pour agression sexuelle;
- Collecter des preuves, à l'aide de trousseaux d'identification de crime chaque fois que possible ou improviser avec compétence le cas échéant, et vérifier qu'elles parviennent aux services compétents en maintenant intacte la chaîne de preuves;
- S'assurer que les conclusions reposent sur des preuves solides, avec notamment la constitution d'un dossier ou rapport médical exhaustif;
- Faire preuve de compétence dans ses rapports avec la victime si bien que toutes les procédures médicales lui sont expliquées à l'avance et approuvées;
- Comprendre les procédures judiciaires et présenter un témoignage compétent.

les meilleures pratiques de gestion clinique des victimes de viol (femmes, hommes et enfants) dans les situations d'urgence pour orienter le développement de protocoles et de services de planification des soins et ou de programmes de formation. Le guide explique comment procéder à un examen physique exhaustif, comment en consigner les conclusions et fournir des soins médicaux à une victime de la violence sexuelle. Disponible en [anglais](#), [français](#) et [arabe](#).

Clinical Care for Sexual Assault Survivors (2009)

(Soins cliniques pour les victimes d'agression sexuelle). Cet instrument de formation développé par le Comité international de secours s'appuie sur les normes internationales dans ce domaine et vise à améliorer les soins cliniques pour les victimes d'agression sexuelle avec des ressources limitées. Disponible en [anglais](#).

Woman-Centered Abortion Care: Reference Manual (2007)

(Traitement de l'avortement axé sur la femme: Guide de référence). Ce manuel publié par Ipas s'adresse au personnel sanitaire, notamment les spécialistes cliniques de la

santé sexuelle et reproductive, les formateurs, les responsables de programmes, les éducateurs, les assistants sociaux et les agents chargés de la sensibilisation sur le terrain, et devrait être utilisé par des cliniciens qualifiés en conjonction avec le *Woman-Centered Abortion Care: Trainer's Manual*. Le manuel se compose de deux sections qui offrent des conseils sur la qualité des soins à pourvoir aux femmes qui s'adressent aux services d'avortement et des renseignements techniques pour les prestataires de soins cliniques ou les services d'avortement. Disponible en [anglais](#).

Pour des outils supplémentaires, prière de consulter [la base de données](#).

Dépistage et gestion des cas de violence familiale

- Exercer avec un instrument de dépistage respectueux des cultures, de préférence des jeux de rôles et autres méthodes participatives;
- Traiter les blessures ou les problèmes de santé reproductive;
- Savoir comment mener des évaluations de sécurité;
- Fournir un soutien d'urgence en cas de besoin et diriger les victimes vers les abris ou

Family Violence Nursing Curriculum (2004) (Matériel éducatif pour des soins infirmiers de la violence familiale). Ce matériel éducatif développé par le *Minnesota Center Against Violence and Abuse, USA* fournit aux établissements d'enseignement infirmier un matériel éducatif indispensable pour renforcer les compétences en matière de prévention, d'analyse et d'intervention en cas de violence pendant toute une existence. Les sections

autres services de soins.

examinent l'ampleur du problème, les définitions, les dynamiques, les incidences des soins de santé, l'intégration dans l'analyse périodique, les interventions, les problèmes d'ordre juridique et éthique et la prévention. Disponible en [anglais](#).

Responding to Domestic Abuse: A Handbook for Health Professionals (2005)

(Interventions en cas de violence familiale: Un guide pour le personnel médical). Ce guide, développé par le *Department of Health, United Kingdom* (Ministère de la Santé du Royaume-Uni), offre des conseils pratiques au personnel sanitaire sur le traitement des patients qui ont été ou sont victimes de la violence familiale. Le guide aborde la question du soutien à accorder aux femmes victimes de violences et offre des instructions indispensables aux interventions médicales visant les enfants qui ont été ou sont victimes de la violence familiale. Disponible en [anglais](#).

Family Violence Prevention Fund Technical Tools and Materials

(Instruments et matériel technique pour un fonds de prévention de la violence familiale). Le matériel inclut des recommandations de

pratiques cliniques pour adultes et enfants, un instrument d'analyse de rentabilisation pour les organismes de santé qui cherchent à développer des programmes exhaustifs contre la violence familiale, des communications sur les principes du respect du caractère confidentiel de la condition médicale des victimes, des pratiques de codification et de documentation et autres; des vidéos de formation sur le dépistage et l'intervention, des guides exhaustifs de ressources et de formation; des instruments cliniques d'orientation; et du matériel éducatif pour les patients et le grand public. Le matériel est intégralement disponible en [anglais](#).

Orientation/Soutien psychosocial aux victimes

- Analyse par sexe de la violence à l'égard des femmes
- Pratiques d'interventions d'urgence
- Méthodologies de groupes d'appui
- Traumatisme, capacité d'adaptation, survie
- Interprétation commune du bien-être et de l'intégration sociale
- Confidentialité

Counselling Guidelines on Domestic Violence (2001) (Guide d'orientation sur la violence familiale). Ce guide, développé par l'ACDI et le *Southern Africa AIDS Training Programme*, s'adresse aux conseillers professionnels et bénévoles et autres prestataires de services avec une expérience d'orientation limitée en matière de VIH. Partie d'une collection de guides d'orientation, ce manuel contient des directives s'appuyant sur les expériences des conseillers sur la violence familiale en Afrique du Sud. Le

- Techniques de communication et pratiques d'intervention
 - Accès aux ressources publiques et communautaires
 - Non-discrimination et diversité
 - Autonomisation
- guide fournit des éléments d'information sur la violence familiale, ses liens avec les maladies sexuellement transmissibles et le VIH, la nature d'une orientation efficace en général, l'orientation des victimes de la violence familiale et des victimes vivant avec le sida, ainsi qu'une synthèse des opportunités et des conséquences d'actions entreprises contre la violence familiale. Disponible en [anglais](#).

Les violences basées sur le genre: Manuel de formation à l'attention des écoutantes du réseau Anaruz (2006). Ce guide, développé par le Réseau Anaruz au Maroc, s'adresse aux assistants sociaux et au personnel des centres d'orientation. Disponible en [français](#).

Trainer's Manual for Rape Trauma Counselors in Kenya, Liverpool VCT (2006) (Manuel du formateur des conseillers sur les traumatismes post-viol au Kenya, Liverpool VCT). Ce guide, réalisé par le Ministère kenyan de la Santé, le Fonds des Nations Unies pour la population et Liverpool VCT, s'adresse aux formateurs des conseillers et autres prestataires de services de santé qui fournissent des soins contre le VIH. Le manuel donne des indications pour l'élaboration d'un programme

d'orientation comportant trois modules, notamment des exercices avec des techniques et des simulations d'orientation. Le manuel inclut un échantillon de programme de formation, explique l'utilité et les objectifs du programme et passe en revue différents thèmes, méthodologies et instruments d'analyse. Disponible en [anglais](#).

Asian Women, Domestic Violence and Mental Health: A Toolkit for Health Professionals (2009)

(Femmes d'Asie, violence familiale et état psychologique: Une trousse d'information à l'attention de la profession médicale). Cette trousse a été mise au point par le *Department of Health* (Ministère de la Santé) du Royaume-Uni pour permettre aux agents sanitaires de fournir des services d'orientation adaptés aux circonstances aux populations de l'Asie du Sud. Disponible en [anglais](#).

The Power to Change: How to set up and run support groups for victims of survivors of domestic violence (2008) (La capacité de changer: Constitution et gestion de groupes d'appui pour les victimes de la violence

familiale). Ce manuel a été produit par NANE, l'AMCV, l'Associazione Artemisia, l'organisation non gouvernementale *Women's Shelter*, et la *Women's Aid Federation* d'Angleterre, en tant qu'organisations participantes au Projet Daphne. Le manuel présente les principaux éléments indispensables à la constitution et gestion de groupes d'appui pour les victimes de la violence familiale, notamment trois modèles qui peuvent servir comme base de gestion de tels groupes. Disponible en [anglais](#), [estonien](#), [hongrois](#), [italien](#), [portugais](#) et [serbe](#).

- Pour des manuels, guides et formations supplémentaires dans différentes langues, veuillez consulter [la base de données sur les outils](#).

3c. Troisième étape : Assurer une supervision du personnel spécialisé et lui fournir des appuis en continu.

- Le travail avec les survivantes de la violence peut présenter diverses difficultés pour les prestataires de soins de santé; ceux-ci doivent faire appel à une large gamme de connaissances cliniques, sans avoir nécessairement reçu une formation médicale approfondie en la matière. En outre, écouter et soutenir les survivantes avec compassion exige souvent des prestataires de soins qu'ils aillent au-delà des limites de leur « zone de confort » par rapport aux patientes. Cela peut être particulièrement difficile pour les prestataires qui ont eux/elles-mêmes été exposé(e)s à la violence. Par ailleurs, l'exposition constante des prestataires aux histoires de violence peut induire chez eux/elles un stress croissant et mener à des traumatismes indirects et/ou à un épuisement émotionnel.

- On parle de **traumatisme indirect** pour décrire le phénomène par lequel les prestataires de soins, à force d'entendre les victimes parler de leurs violences et de leurs traumatismes manifestent des symptômes de traumatisme analogues. Les professionnels de la santé peuvent présenter des signes de réflexes de sursaut exagérée, d'hypervigilance, faire des cauchemars et souffrir de pensées intrusives, sans avoir subi de traumatismes personnellement.
- Peu à peu, le traumatisme indirect peut mener à un **épuisement émotionnel** résultant du travail avec les survivantes de violences. Parmi les symptômes physiques avertisseurs d'épuisement émotionnel figurent les maux de tête, la fatigue, une réduction de la fonction immunitaire et de l'irritabilité. Un clinicien souffrant d'épuisement émotionnel peut commencer à se désintéresser du bien-être de ses clientes, à ne plus ressentir de compassion ou de sympathie à leur égard, voire à les détester.
- En raison de ces difficultés, les prestataires de soins de santé qui travaillent avec des femmes et des filles victimes d'abus devraient avoir accès à diverses stratégies de réduction du stress, comprenant notamment le travail en équipe, des conditions et des structures de travail satisfaisantes, une formation continue, des soins psychologiques et des congés préventifs.
- Les prestataires de soins de santé devraient également bénéficier d'une **supervision personnelle** permanente. Une telle supervision est d'une importance clé pour s'assurer que les prestataires de soins travaillent de manière optimale et qu'ils aient recours à l'auto-réflexion et à la communication pour gérer les difficultés personnelles et professionnelles de leurs activités. La supervision professionnelle vise les objectifs suivants :
 - Offrir aux prestataires de services la possibilité de parler de leur interaction avec les survivantes pour assurer la qualité de of service to clients;
 - Offrir aux prestataires de services la possibilité de partager leurs expériences, de réfléchir à leur travail et de demander de l'aide;
 - Veiller à ce que les prestataires de services maintiennent leur distance professionnelle et ne se laissent pas submerger par leurs émotions.
- Parmi les méthodes de supervision professionnelle figurent :

- **La supervision individuelle :** Par ce processus, le superviseur examine les cas avec le prestataire de services et en discute avec celui-ci en se servant des notes d'entrevue. Le superviseur est chargé d'aider le prestataire de services à appliquer des méthodes qui répondent aux besoins des survivantes tout en maintenant vis-à-vis d'elles une distance professionnelle souhaitable. La supervision individuelle a aussi son utilité en ce qu'elle aide le superviseur à repérer les problèmes personnels du prestataire qui risquent de réduire la capacité de celui-ci à travailler avec les patientes (exposition personnelle à la violence, par exemple) et à veiller à ce que des soins appropriés lui soient dispensés.
- **Les études de cas en groupe :** Cette forme d'étude de cas permet aux prestataires de services de présenter à leurs collègues, dans un contexte structuré, les problèmes spécifiques auxquels ils/elles se heurtent dans leur travail avec une survivante donnée. Le but des études de cas en groupe est d'offrir aux prestataires de services la possibilité de recueillir les opinions et les vues professionnelles de leurs collègues et notamment de bénéficier de l'expérience et de connaissances spécialisées de certains d'entre eux.
- **La supervision par les pairs :** Cette forme de supervision est plus détaillée que l'étude de cas en groupe. Elle permet aux prestataires de services de se parler de leur travail, de partager leurs expériences et leurs difficultés et d'échanger des idées sur les stratégies utiles. Elle a également l'avantage de promouvoir la cohésion au sein du personnel.
- **Les groupes d'entraide entre pairs :** Il s'agit ici de la forme de supervision la plus informelle de toutes. Ces groupes permettent aux prestataires de service de se parler, entre eux, sans la présence de superviseurs (qui peuvent avoir leur propre groupe d'entraide) de leurs sentiments sur leur travail et de s'apporter un soutien mutuel. Ces groupes sont axés davantage sur les besoins émotionnels des prestataires de services que sur la gestion des cas. Il est important que les superviseurs encouragent cette pratique en prévoyant dans l'horaire de travail des périodes où les prestataires de services peuvent se réunir de façon informelle. (Adapté de IRC and FHI, 2000. [Communication Skills in Working with Survivors of Gender-based Violence: A Five-day Training Manual](#), Day 4 [Aptitudes en matière de communication dans le travail avec les survivantes de violence sexiste : manuel de formation sur cinq jours, Jour 4].)

Leçon à retenir : Lorsque la PLAFAM, l'association vénézuélienne de planification familiale, a commencé à dépister systématiquement la violence sexiste parmi ses clientes, elle a dû faire face à un problème auquel elle ne s'attendait pas : le coût émotionnel résultant chez ses prestataires de services de l'exposition quotidienne à des cas de violence sexiste. Après une sensibilisation et une formation intensives, les prestataires savaient écouter leurs clientes avec compassion, leur donner des conseils et les orienter éventuellement vers d'autres services, mais n'étaient pas préparées aux effets secondaires

qu'auraient sur eux-mêmes les récits sur la violence. La PLAFAM a vite reconnu que les prestataires de services avaient besoin, elles et eux aussi, d'un exutoire pour parler des situations auxquelles elles/ils font face pour réduire le stress et le risque d'épuisement émotionnel. L'établissement de **groupes de soutien** se réunissant mensuellement leur a offert cet exutoire mais leur a aussi donné la possibilité de parler des problématiques professionnelles survenant dans leur travail avec les victimes de violences sexistes.

Extrait de : Bott, S., Guedes, A., Guezmes, A. and Claramunt, C., 2004. *Improving the Health Sector Response to Gender-Based Violence: A Resource Manual for Health Care Professionals in Developing Countries [Amélioration de la réponse du secteur de la santé à la violence sexiste : manuel de ressources pour les professionnels de la santé dans les pays en développement]*. New York, NY: International Planned Parenthood Federation: Western Hemisphere Region, p. 135. Disponible en [anglais](#) et en [espagnol](#).

Exemples d'outils :

Caring for Survivors Training Manual [Manuel de formation aux soins pour les survivants], Module 8 (Fonds des Nations Unies pour l'enfance). 2010. Disponible en [anglais](#).

Communication Skills in Working with Survivors of Gender-based Violence: A Five-day Training Manual, Day 4 [Aptitudes en matière de communication dans le travail avec les survivantes de violence sexiste : manuel de formation sur cinq jours, Jour 4] (International Rescue Committee and Family Health International, 2000). Disponible en [anglais](#).

Helping Ourselves to Help Others: Self-care Guide for Those Who Work in the Field of Family Violence [Nous aider nous-mêmes à aider les autres : Guide de l'auto-traitement des travailleurs dans le domaine de la violence familiale] (Claramunt/PAHO/WHO, 1999). Disponible en [anglais](#).

Insights into the Concept of Stress [Analyse du concept de stress] (Bryce, P./PAHO, 2001). Cette ressource, élaborée par le Programme de préparation d'urgence et de secours en cas de catastrophe de l'Organisation panaméricaine de la santé, fournit au personnel intervenant des connaissances théoriques et pratiques de base sur le stress et sur les principes essentiels de gestion du stress lors des incidents. Par comparaison à l'ouvrage intitulé [Stress](#)

[Management in Disasters](#) [Gestion du stress lors des catastrophes], cette ressource aide le personnel intervenant à reconnaître le stress et à gérer les réactions émotionnelles aux situations traumatiques telles que les catastrophes. Bien que cet ouvrage ait été conçu pour le personnel d'intervention pour les situations d'urgence et les catastrophes, les principes peuvent être modifiés pour les appliquer à la prévention et à la gestion du stress pour l'ensemble de la communauté, notamment chez les enfants et les adolescents. Disponible en [anglais](#).

Ressources supplémentaires :

Improving the Health Sector Response to Gender-Based Violence: A Resource Manual for Health Care Professionals [Amélioration de la réponse du secteur de la santé à la violence sexiste : manuel de ressources pour les professionnels de la santé] (Bott, S., Guedes, A., Guezmes, A. and Claramunt/International Planned Parenthood Federation: Western Hemisphere Region, 2004). Disponible en [anglais](#) and [espagnol](#).

Le [National Online Resource Center on Violence Against Women](#) [Centre national de ressources en ligne sur la violence à l'égard des femmes] contient plusieurs ressources ayant trait au soutien du personnel qui travaille avec les survivantes, notamment :

Guidebook on Vicarious Trauma: Recommended Solutions for Anti-violence Workers [Guide du traumatisme indirect : solutions recommandées pour les travailleurs de la lutte contre la violence], Jan I. Richardson, Centre for Research on Violence Against Women and Children, National Clearinghouse on Family Violence (2001). Ce guide vise à reconnaître la spécificité des expériences des travailleurs de la lutte contre la violence au Canada, et promeut l'apport d'appuis individuels et organisationnels équitables. Il examine les ripostes au traumatisme indirect dans certaines communautés et certains groupes culturels.

Organizational Prevention of Vicarious Trauma [Prévention organisationnelle du traumatisme indirect], Holly Bell, Shanti Kulkarni, and Lisa Dalton, Families and Society: The Journal of Contemporary Human Services (October-December 2003). Cet article discute de l'importance de l'environnement de travail dans la survenue de problèmes de traumatisme indirect chez les travailleurs s'occupant de victimes de violence domestique et sexiste.

Trauma, Post-Traumatic Stress Disorder and Secondary Trauma [Traumatisme, trouble de stress post-traumatique et traumatisme secondaire], Barbara Whitmer, Education Wife Assault (2001). Cet article

définit clairement le traumatisme, le trouble de stress post-traumatique (TSPT) et le traumatisme secondaire et explique comment ce dernier affecte les personnes qui travaillent avec des clients traumatisés.

Vicarious Trauma: Bearing Witness to Another's Trauma [Le traumatisme indirect : les témoins des traumatismes d'autrui], par Terri S. Nelson, indique brièvement ce qu'est le traumatisme indirect et la nécessité que les militant(e)s, conseillers et conseillères sachent ce qu'il est, en reconnaissent les signes avertisseurs et s'en protègent.

4. Infrastructure des établissements

- Les établissements de santé doivent être équipés matériellement pour gérer les cas de violence à l'égard des femmes et des filles. Ils doivent notamment être dotés des installations, du personnel et des matériels suivants :
 - **Salles de consultation privée disponible 24 heures sur 24.** Les prestataires de soins devraient disposer d'une salle insonorisée où ils peuvent s'entretenir avec les survivantes hors de la présence d'autres membres de la famille et sans que les autres clientes puissent les entendre. Ces salles devraient être aménagées et décorées en vue de promouvoir le confort des survivantes et ne pas être repérables par des éléments signalétiques particuliers indiquant que ce sont des salles réservées aux soins en rapport avec la violence sexiste.
 - **Des gardes de sécurité ou des agents de police** ayant reçu une formation appropriée devraient être disponibles dans les locaux pour assurer la sécurité des survivantes et faire fonction d'agents de liaison pour les femmes qui décident de déclarer officiellement les faits.
 - **Des toilettes dans une zone non publique de l'établissement**, de préférence avec une douche/baignoire dont les victimes d'agression sexuelle pourront se servir après l'examen médical. Des trousse de soin contenant du savon et des vêtements propres ainsi que d'autres articles essentiels et sécurisants peuvent également être fournis.
 - **Matériel spécialisé.** Il existe toute une gamme de matériel spécialisé qui devrait être disponible, en particulier pour documenter les lésions et pour procéder aux examens médicaux-légaux dans les cas d'agression sexuelle. Le matériel de base comprend (Christofides et al., 2006) :

▪ Divan d'examen	conservation des preuves
▪ Lampe d'examen	▪ Armoire à fournitures médicales fermable à clé
▪ Spéculum	▪ Chemises d'hôpital
▪ Colposcope	▪ Serviettes hygiéniques
▪ Gants d'examen	
▪ Conteneur pour objets pointus/ tranchants	
▪ Armoire/réfrigérateur fermable à clé pour la	

- Vêtements d'urgence
- Trousses de prélèvement en cas de viol
- Test de dépistage rapide du VIH
- Trousses de grossesse
- Coton-tiges
- Tubes de prélèvement sanguin
- Sacs en papier
- Linge
- Appareil photo et pellicule
- Microscope

- **Médicaments appropriés.** Les médicaments fondamentaux devraient être disponibles et gratuits et les prestataires de services bien formés à leur administration. Outre les analgésiques de base, les tranquillisants et les antiémétiques, les prestataires devraient avoir à disposition les médicaments suivants :

Traitement	Remarques sur l'administration
Contraception d'urgence	<p>La contraception d'urgence (CU) devrait être disponible pour toutes les survivantes de viol en âge de procréer et qui : ne sont pas enceintes, n'emploient pas de forme fiable de contraception et présentent des signes de développement sexuel secondaire, (Kilonzo & Taegtmeyer, 2005). Il n'est pas nécessaire d'administrer un test de grossesse avant d'administrer la CU, mais un tel test est souhaitable pour déterminer l'admissibilité. Il est important de rassurer les clientes et de les informer que les pilules de CU n'affectent pas un éventuel fœtus ou le déroulement de la grossesse (OMS, 2004b). Lorsqu'il n'y a pas de contraceptifs d'urgence spécifiques, les prestataires de soins peuvent offrir des contraceptifs oraux combinés. Selon l'OMS, « il n'y a pas de restriction à l'utilisation de PCU dans les cas de viol » (WHO, 2004b). La CU peut être administrée dans les 120 heures suivant les rapports sexuels non protégés mais est d'une efficacité maximale à un stade plus précoce; son administration est donc une priorité, de même que la prophylaxie anti-VIH (Ministère de la santé du Kenya, 2004). Un antiémétique peut être proposé avec la CU pour réduire les risques de vomissement. Le schéma le plus courant de CU comprend l'administration de lévonorgestrel et de contraceptifs oraux combinés. L'OMS (2005) signale également la pose d'un DIU au cuivre dans les 5 jours du viol en tant que forme efficace de CU, mais cela risque de ne pas être une option valable dans les environnements pauvres en ressources et de causer des traumatismes supplémentaires à la survivante.</p> <p>➤ Aide-mémoire sur la contraception d'urgence (Organisation mondiale de la santé). Disponible en anglais, arabe, chinois (mandarin), espagnol, français et russe.</p>
Prophylaxie des infections	Les survivantes d'agression sexuelle sont vulnérables à diverses infections sexuellement transmises (IST). Lorsqu'il est approprié, l'OMS recommande des tests de dépistage de la chlamydia, de la

sexuellement transmises (IST)	<p>gonorrhée, de la trichomonase, de la syphilis et de l'hépatite B, compte tenu de l'environnement et des protocoles locaux. L'OMS ne recommande pas le traitement prophylactique automatique de toutes les patientes, étant donné que les survivantes sont exposées à des risques d'infection à divers degrés et vu les preuves peu convaincantes de l'efficacité de la prophylaxie des IST pour les survivantes d'abus (OMS, 2003b). Toutefois, les protocoles de gestion médicaux dans les environnements à forte prévalence d'IST ne sont pas du même avis sur ce point. Les périodes d'incubation varient selon les infections et des tests de suivi sont à conseiller. Le traitement peut éliminer une source de stress, mais la décision de recevoir un traitement prophylactique ou d'attendre les résultats des tests de dépistage devrait être laissée à la survivante (OMS, 2005d). La prophylaxie post-exposition des IST devrait être instaurée à un stade précoce du traitement mais il n'est pas nécessaire qu'elle le soit en même temps que l'administration des doses initiales de PPE et de CU étant donné que la prise de multiples pilules peut s'avérer peu confortable et réduire l'adhésion au traitement prescrit. La prophylaxie des IST devrait toutefois être prescrite et administrée dans les 24 heures (Ministère de la santé du Kenya, 2004). Il a été constaté que de nombreuses patientes n'achèvent pas leur traitement post-exposition en raison des effets secondaires (Martin et al., 2007). Il peut donc y avoir lieu d'administrer des anti-émétiques pour réduire les nausées. Lorsque le dépistage des IST n'est pas faisable, le ministère de la santé du Kenya recommande une prompt instaurer de la prophylaxie des IST (dans les 24 heures). Pour diminuer le nombre de pilules et encourager l'adhésion au traitement, les doses devraient être espacées et prises avec des aliments et des anti-émétiques pour réduire les nausées (Ministère de la santé du Kenya, 2004; OMS, 2005d).</p> <p>Les IST les plus fréquemment contractées par les survivant(e)s d'abus sexuels comprennent la chlamydia, la gonorrhée, la trichomonase et la syphilis. Les protocoles nationaux peuvent diverger sur les régimes posologiques de chaque IST. Différentes doses sont recommandées pour les adultes (femmes non enceintes et hommes), les femmes enceintes et les enfants. Un test de grossesse est à administrer aux femmes avant de prescrire des prophylactiques afin de déterminer leur statut. L'épidémiologie, le diagnostic et les modes de transmission des</p>
-------------------------------	---

	<p>IST sont différents chez l'enfant et chez l'adulte (OMS, 2003b). L'administration systématique d'un traitement prophylactique des IST est recommandée dans les environnements à forte prévalence, la posologie étant toutefois distincte pour l'enfant. L'OMS note que les cultures de dépistage des IST peuvent mettre une semaine à se développer et recommande donc une visite de suivi lorsque les agressions sexuelles ont eu lieu récemment.</p> <p>➤ Infections sexuellement transmissibles – Site web (Organisation mondiale de la santé)</p>
<p>Prophylaxie post-exposition (PPE) au VIH</p>	<p>La prophylaxie post-exposition au VIH consiste en l'administration d'un ou de plusieurs médicaments antirétroviraux (ARV) à des personnes séronégatives pour le VIH sur une période de 28 jours après leur exposition au virus. On pense que l'instauration d'une PPE dans les 72 heures suivant la pénétration sexuelle réduit dans des proportions significative la probabilité de séroconversion (Roland et al., 2001). Bien que l'on ne dispose que de preuves limitées de l'efficacité de la PPE chez les survivantes d'agressions sexuelles, l'efficacité des antirétroviraux est établie après les rapports sexuels consentis dans les groupes à haut risque (Ministère de la santé du Kenya, 2004). La PPE est recommandée pour les hommes, femmes, garçons et filles ayant subi une pénétration orale, anale ou vaginale. Lorsqu'elles sont disponibles, les combinaisons à doses fixées qui réduisent le nombre de pilules à prendre et augmentent ainsi l'observance du traitement sont recommandées (Ministère de la santé du Kenya, 2004).</p> <p>L'OMS note que la pratique de la PPE est en constante évolution et que les agents de santé devraient se tenir au courant des recommandations et respecter les directives locales. Les recherches ont démontré la faible efficacité de la PPE lorsqu'elle est administrée plus de 72 heures après l'exposition (Ministère de la santé du Kenya, 2004). Dans de telles situations, il devrait être dispensé aux survivant(e)s d'autres formes de soins post-viol que la PPE. Étant donné le risque élevé de transmission du VIH dans les environnements à forte prévalence, il est recommandé que la PPE soit disponible au premier point de contact avec l'établissement de santé (Kilonzo & Taegtmeier, 2005). La brièveté du délai d'efficacité de la</p>

PPE (72 heures) souligne également la nécessité d'un système d'orientation efficace si le premier point de contact (PPC) n'est pas un établissement de santé. La non disponibilité de services de dépistage volontaire et d'accompagnement psychologique au moment de la présentation peut constituer un grave obstacle et, comme la plupart des patient(e)s se présentent à l'hôpital après les heures ouvrables, ces services devraient être disponibles 24 heures sur 24 (Kim et al., 2007). En milieu rural, étant donné que peu de gens peuvent se présenter plus d'une fois à l'hôpital, tous les tests diagnostics et les traitements devraient être administrés à la première visite. Pour les personnes séronégatives pour le VIH, une PPE complète de 28 jours devrait être instaurée à la première visite. La délivrance le même jour d'antiémétiques et l'apport de conseils sur le traitement médicamenteux sont importants pour encourager l'observance (Kim et al., 2007a).

Le traitement médicamenteux chez l'enfant peut consister en des sirops ou des comprimés ou en une combinaison des deux (Ministère de la santé du Kenya, 2004; OMS). Les doses administrées sont inférieures à celles des adultes et l'on peut déterminer le dosage par catégorie de poids, ce qui a « considérablement simplifié la prompt administration d'une PPE pédiatrique appropriée » (Speight et al., 2005). Il est également possible d'établir la posologie en fonction du poids et/ou de la surface corporelle de l'enfant. Le schéma posologique peut comporter deux ou trois prises par jour et il faut donc s'assurer de la coopération d'un adulte, que l'on doit informer, pour veiller à l'observance du traitement. Les effets secondaires des ARV sont considérablement plus rares chez l'enfant que chez l'adulte (Ellis et al., 2005). Les protocoles de PPE pédiatrique notent que le dépistage du VIH ne doit pas nécessairement précéder l'instauration de la PPE, de manière à réduire les retards (protocoles du Malawi, du Kenya et de l'Afrique du Sud). Les enfants peuvent être considérés comme non candidats à la PPE s'ils ont des antécédents d'agression sexuelle chronique ou s'ils ne présentent pas de signes physiques d'agression ou d'abus. Pour les enfants séropositifs pour le VIH, l'instauration d'un traitement médical continu s'impose. Pour les enfants séronégatifs, il est recommandé d'instaurer une PPE de quinze jours, suivie d'une visite de contrôle pour déterminer les effets

secondaires, puis de quinze jours supplémentaires de PPE.

Il est recommandé d'administrer des tests de dépistage du VIH à 6 semaines et à 3 mois (protocoles du Malawi, du Kenya et de l'Afrique du Sud). On a constaté de faibles taux d'achèvement dans les milieux à revenu élevé ainsi que bas. Des études mondiales ont noté que de nombreux patients ne se représentent pas en milieu hospitalier pour les visites de suivi prévues (Martin et al., 2007). Le Ministère de la santé du Kenya (2004) conseille la fourniture d'ARV une semaine à la fois, au lieu de la période complète de 28 jours, afin d'encourager les patients à se soumettre au suivi clinique et à bénéficier des conseils psychologiques et de l'appui à l'observance. Il est toutefois reconnu qu'il peut y avoir lieu de faire des exceptions lorsque le/la survivant(e) habite loin de l'établissement de santé ou, selon toute probabilité, n'y reviendra pas.

Une étude sud-africaine portant sur les préférences des femmes en matière de services post-viol a conclu que les patientes préfèrent nettement recevoir toutes les doses de prophylaxie du VIH lors de leur visite initiale (Christofides et al., 2005). Le site rural de l'étude où cette approche a été appliquée a enregistré des taux d'achèvement de la PPE significativement supérieurs à ceux du site urbain où les médicaments prophylactiques étaient délivrés en doses hebdomadaires. Les résultats de l'étude indiquent également que l'observance du traitement est améliorée par la fourniture d'**antiémétiques** (pour lutter contre les nausées secondaires), l'information et, élément encore plus important, un service de suivi à domicile et la fourniture de suppléments nutritionnels. Il est recommandé qu'un dépistage du VIH et des conseils d'accompagnement précèdent l'administration de la PPE. Toutefois, lorsque la fin du délai de 72 heures s'approche, il est recommandé d'instaurer la PPE avant le dépistage puis de l'interrompre si la patiente s'avère séropositive.

Le test de dépistage du VIH doit être accompagné de conseils psychologiques appropriés pour **pour réduire tout traumatisme**

supplémentaire et un délai pouvant atteindre trois jours est autorisé lorsque la patiente n'est pas psychologiquement prête (Ministère de la santé du Kenya, 2004). Contrairement aux préoccupations relatives à un effet potentiellement dissuasif du dépistage du VIH, la nécessité de procéder à ce dépistage avant l'instauration de la PPE n'a pas découragé la demande de services chez les Sud-Africaines (Christofides et al., 2005). Un **dépistage de suivi** est recommandé à 6 semaines et à 3 mois de la date de référence.

Liens :

- **Prophylaxie post-exposition** – [Site web](#) (Organisation mondiale de la santé).
- **Prophylaxie post-exposition pour prévenir l'infection à VIH : recommandations conjointes OMS / OIT sur la prophylaxie post-exposition (PPE) pour prévenir l'infection à VIH.** ([OMS](#) et OIT, 2008). Disponible en [français](#) et en [anglais](#).

Source : Extrait de Population Council, 2008b. [Sexual and Gender Based Violence in Africa: A Literature Review](#) [La violence sexuelle et sexiste en Afrique : analyse documentaire], pp.17-19.

Leçon à retenir : Une analyse générale de 30 études portant sur les services basés sur les soins de santé a constaté que les femmes ayant été victimes d'agressions sexuelles préféraient un traitement comportant à la fois des conseils psychologiques et des médicaments (Martin et al., 2007). Une étude menée sur 155 femmes ayant été violées et recrutées par des établissements de santé et sur 160 femmes comparables recrutées dans la communauté, avec un site urbain et un site rural en Afrique du Sud, a conclu que pour la plupart des femmes ayant été violées, la disponibilité d'une prophylaxie contre le VIH et de conseils psychologiques dispensés par des prestataires agissant avec tact était le facteur le plus important qui déterminait le choix du service (Christofides et al., 2005).

Ressources supplémentaires :

- **Guidelines for Medico-legal Care for Victims of Sexual Violence** [Directives relatives aux soins médicaux-légaux des victimes de violences sexuelles]

(Organisation mondiale de la santé, 2003). Voir les listes de matériel et de fournitures pages 23 et 25-27. Disponible en [anglais](#).

- **Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) Development & Operations Guide** [Guide de formation et d'activité professionnelle du personnel infirmier examinateur des victimes d'agression sexuelle] (Ledray/Office for Victims of Crime, U.S. Department of Justice, 1999). Voir les pages 27-28 pour les installations et les fournitures et les pages 170-174 pour un exemple de liste de fournitures pour un programme d'équipe d'intervention en cas d'agression sexuelle. Disponible en [anglais](#).
- **How to Conduct a Situation Analysis of Health Services for Survivors of Sexual Assault** [Comment effectuer une analyse de situation des services de santé pour les survivantes d'agressions sexuelles] (Christofides et al. 2006). Voir la liste de vérification à l'appendice A. Disponible en [anglais](#).
- **Prophylaxie post-exposition pour prévenir l'infection à VIH : recommandations conjointes OMS / OIT sur la prophylaxie post-exposition (PPE) pour prévenir l'infection à VIH.** (Organisation mondiale de la santé et Organisation internationale du Travail, 2008). Disponible en [français](#) et en [anglais](#).
- **Occupational and Non-Occupational Post-exposure Prophylaxis for HIV Infection (HIV-PEP): Joint ILO/WHO Technical Meeting for the Development of Policy and Guidelines** [Prophylaxie post-exposition professionnelle et non professionnelle pour prévenir l'infection à VIH : Réunion technique conjointe de l'OIT et de l'OMS pour l'élaboration d'une politique et de directives], Genève, 5-7 septembre 2005 (Organisation mondiale de la santé et Organisation internationale du Travail, 2005). Voir les pages 2-7. Disponible en [anglais](#).
- **Rape and Sexual Assault** [Viol et agression sexuelle] (Welch, J. and Mason, F./BMJ, 2007). Disponible en [anglais](#).
- **Rape: How Women, the Community, and the Health Sector Respond** [Le viol : comment les femmes, la communauté et le secteur de la santé y répondent] (Sexual Violence Research Initiative, 2007). Disponible en [anglais](#).
- **Comprehensive Responses to Gender Based Violence in Low-resource Settings: Lessons Learned from Implementation** [Réponses globales à la violence sexiste dans les contextes à ressources limitées : leçons à retenir de la mise en œuvre] (Keesbury J. and Askew I./ Population Council, 2010). Disponible en [anglais](#).

5. Dépistage

- Le dépistage systématique consiste à « interroger les femmes sur leurs expériences de la violence/maltraitance, qu'elles en présentent ou non des signes ou des

symptômes » (Bott et al., 2004). L'alternative consiste pour les services de santé à attendre que les survivantes prennent l'initiative d'évoquer ou de déclarer les violences pour y réagir.

- Lorsqu'il est bien mené, le dépistage systématique définit les principaux problèmes de violence que connaît la survivante, ce qui permet de déterminer les soins et le soutien dont elle a besoin de la part du prestataire qui procède à ce dépistage et d'autres intervenants de l'établissement ou de la communauté. Le dépistage systématique accroît les possibilités de fourniture de soins appropriés aux survivantes.
- En l'absence d'un dépistage systématique, les prestataires ne repèrent généralement qu'une fraction des femmes ayant besoin d'aide face à la maltraitance ou à la violence sexuelle. Ce type de dépistage est de plus en plus considéré comme la norme dans les services de santé féminine aux États-Unis et dans d'autres pays industrialisés (American Medical Association, 1992; Buel, 2001).
- Il existe toutefois des préoccupations largement répandues inspirées par les risques liés au dépistage systématique, en particulier dans les contextes où les ressources sont insuffisantes ce qui limite la formation des prestataires à ce type de dépistage est limitée (Garcia Moreno, 2002b) ainsi que l'appui fourni aux prestataires qui procèdent au dépistage. Le dépistage systématique peut être préjudiciable aux femmes dans les situations où les prestataires sont insensibles aux problèmes de violence ou mal équipés pour y répondre de manière appropriée, où la discrétion et la confidentialité ne peuvent pas être garanties et où il n'existe pas de services d'orientation appropriés. Un dépistage systématique mal pratiqué peut exposer les femmes à des risques supplémentaires de violence (Bott et al., 2004).
- Lorsqu'ils envisagent de procéder à un dépistage systématique, les prestataires devraient bien comprendre les quatre formes fondamentales de ce type de dépistage :
 - **Le dépistage universel** consiste à interroger toutes les femmes sur la maltraitance lors de toutes les visites initiales. Il existe que les [normes minimales de sécurité et de qualité des soins](#) soient respectées.
 - **L'intégration sélective** consiste à procéder à un dépistage systématique dans certains services (par exemple les services d'urgence) ou dans certains domaines susceptibles de permettre des améliorations de la santé générale (par exemple les soins prénatals, la lutte contre le VIH/sida, la planification familiale, etc.) (Velzeboer, 2003). Ce peut-être un moyen efficace par rapport au coût de repérer les femmes à risque, mais à condition que le personnel soit bien formé et motivé. Il est

essentiel par ailleurs de coordonner toutes les entrevues, pour que les femmes n'aient pas à se répéter plusieurs fois, ce qui est susceptible de les retraumatiser (Acosta, 2002).

- **Le dépistage systématique ciblé** porte sur les groupes de femmes dont il a été déterminé qu'elles sont exposées à un risque élevé de violence. Selon le contexte, ces groupes comprennent souvent les filles dans les mariages enfantins, le personnel de maison, les filles dans les foyers monoparentaux, [les travailleuses du sexe](#), les femmes et les filles en situation d'urgence, les femmes malades mentales, [handicapées](#) et [séropositives pour le VIH](#).
- **Le dépistage sélectif** est celui que se pratique uniquement en présence de signes ou d'indications d'actes de violence possibles.
- Le dépistage universel peut ne pas être faisable dans la plupart des pays en développement en raison des pénuries de ressources. Toutefois, l'intégration sélective d'un dépistage systématique dans les services de santé génésique, de santé mentale et d'urgence est recommandée, de même qu'un dépistage sélectif des femmes et des filles présentant des signes d'abus dans les autres services de santé (Morrison, Ellsberg and Bott, 2007). Les prestataires de services doivent être formés de manière à connaître les [conséquences pour la santé de la violence à l'égard des femmes et des filles](#) et à reconnaître certains des indicateurs de santé possibles signalant des abus.
- Quel que soit le type de dépistage pratiqué, les organismes de santé ont [l'obligation déontologique](#) de ne pas nuire. Ils doivent être capables de prendre des précautions fondamentales pour protéger la vie, la santé et le bien-être des femmes, avant de procéder à un dépistage systématique. Ces précautions sont les suivantes :
 - Respect de la [vie privée des femmes et de la confidentialité](#).
 - Prestataires de soins ayant les connaissances théoriques et pratiques et l'attitude voulues pour :
 - Réagir de manière compassionnée, sans juger, indiquant clairement que la violence n'est jamais méritée et que les femmes ont le droit de vivre à l'abri de la violence.
 - Dispenser des soins médicaux appropriés pour traiter les blessures et prendre en charge les conséquences de la violence pour la santé, notamment par la [prophylaxie contre les IST et le VIH](#) et la [contraception d'urgence](#) après un viol.

- Donner des informations sur les droits garantis par la loi et sur les ressources juridiques ou les services sociaux disponibles dans la communauté.
 - Évaluer les dangers de la situation des femmes et aider les femmes en danger à [prendre des dispositions pour leur sécurité](#).
 - [Orienter](#) les survivantes vers des services sûrs et fiables lorsque ceux-ci ne sont pas disponibles dans leur établissement.
- En outre, les établissements de santé qui effectuent un dépistage devraient disposer d'un protocole de dépistage écrit, d'une méthode de consignation de l'information recueillie lors du dépistage et d'un système de [suivi et évaluation](#) pour déterminer l'acceptation des services et la qualité des prestations en rapport avec le dépistage.
 - Lors de la conception du protocole de dépistage et de son application, les prestataires de soins de santé devront tenir compte des obstacles individuels et communautaires qui s'opposent à ce que les femmes communiquent des informations, tels que les tabous qui empêchent de parler de la violence, les sentiments de honte et/ou de culpabilité, les préoccupations relatives à la confidentialité, etc. Les questions du protocole devraient être adaptées pour tenir compte de ces facteurs et mises à l'essai pour s'assurer qu'elles sont appropriées. Une étude effectuée en République dominicaine a constaté qu'une question initiale générale sur l'état des relations avec le partenaire de la femme interrogée constituait une bonne entrée en matière. Dans une étude qualitative menée au Kenya, il a été noté que « le flou des limites entre les rapports sexuels contraints et consensuels » exigeait un libellé plus précis des questions pour obtenir des réponses valables (Kilonzo et al., 2008).

Exemple : Un dépistage cohérent favorise le repérage de femmes ayant été victimes de violences

Une étude menée au Venezuela a conclu que l'instrument de dépistage ci-dessous, employé systématiquement avec chaque cliente, avait permis de déterminer que 38 % des nouvelles clientes avaient été victimes de violences, alors qu'un dépistage non systématique ne repérait que 7 % victimes. Cette étude a été réalisée par la Fédération internationale pour la planification familiale/Région de l'hémisphère Ouest en collaboration avec l'affiliée vénézuélienne de la Fédération, l'Asociación Civil de Planificación Familiar (PLAFAM).

Encadré 1. Formulaire succinct de dépistage pour les victimes de violence sexiste

Numéro du cas : Date : Nom du conseiller/de la conseillère :

Introduction : Vous savez qu'à la PLAFAM, nous offrons des services d'éducation sur la violence domestique, la violence sur le lieu de travail et la violence dans l'enfance. Il existe de multiples types de violence qui touchent un grand nombre de femmes et beaucoup de femmes vivant dans des situations de violence ont trouvé utile de recevoir de l'aide pour elles et pour leurs enfants. À la PLAFAM, nous nous préoccupons du bien-être de nos clientes et nous veillons en tout temps à assurer la confidentialité de leurs réponses à nos questions.

1. *Violence psychologique/émotionnelle dans la famille.* Vous êtes-vous jamais sentie blessée émotionnellement ou psychologiquement par votre partenaire ou par une autre personne importante pour vous ? (Par exemple, insultes constants, humiliation en privé ou en public, destruction d'objets auxquels vous tenez, ridicule, rejet, manipulation, menaces, isolement de vos amis ou de membres de votre famille, etc.)

Oui Non Par qui _____

Quand _____ Comment _____

2. *Violence physique.* Votre partenaire ou une autre personne importante pour vous vous ont-ils jamais fait physiquement mal ? (Par exemple, coups, coupures ou brûlures.)

Oui Non Par qui _____

Quand _____ Comment _____

Source : Extrait de Guedes et al., 2002b. "Addressing Gender Violence in a Reproductive and Sexual Health Program in Venezuela" in *Responding to Cairo: Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning* [Lutte contre la violence sexiste dans un programme de santé reproductive et sexuelle au Venezuela, dans *Répondre au Caire : Études de cas sur le changement de la pratique en santé reproductive et en planification familiale*], p. 266.

Exemples supplémentaires d'outils de dépistage :

- **Living Up to Their Name: Profamilia Takes on Gender-based Violence** [Fidèle à son nom : Profamilia s'attaque à la violence sexiste] (Goldberg/Population Council, 2006). Voir page 13. Disponible en [anglais](#).
- **Improving the Health Sector Response to Gender-Based Violence: A Resource Manual for Health Care Professionals** [Amélioration de la réponse du secteur de la santé à la violence sexiste : manuel de ressources pour les professionnels de la santé] (Bott, S., Guedes, A., Guezmes, A. and Claramunt, C./International Planned Parenthood Federation, Western Hemisphere Region, 2004). Voir pages 109-143. Disponible en [anglais](#) et en [espagnol](#).
- **Screening for Domestic Violence: A Policy and Management Framework for the Health Sector** [Le dépistage de la violence domestique : politique et cadre de gestion pour le secteur de la santé] (Martin, L. and Jacobs, T. 2003). Voir page 14. Disponible en [anglais](#).
- **Intimate Partner Violence and Sexual Violence Victimization Assessment Instruments for Use in Healthcare Settings** [Instruments d'évaluation de la victimisation dans les cas de violences et de violences sexuelles commises par le partenaire intime à utiliser dans les établissements de santé] (Basile, Hertz, Back/Centers for Disease Control, 2007). Ce guide fournit aux praticiens et aux cliniciens un inventaire actualisé des outils permettant de déterminer la victimisation par la violence entre partenaires intimes et/ou la violence sexuelle. L'ouvrage a été examiné et finalisé pour y inclure des contributions d'experts de ces formes de violence ainsi que de coordinateurs de programmes de lutte contre le viol et d'éducation des États-Unis. Il est organisé en deux parties consacrées respectivement à la violence entre partenaires intimes et à la violence sexuelle, contenant chacune un tableau des outils d'évaluation avec des détails sur leur élaboration, leurs composantes, leur application, leur suivi et leurs propriétés psychométriques ainsi que les outils d'évaluation eux-mêmes. Disponible en [anglais](#) (avec 2 outils en espagnol).
- **Screen to End Abuse** [Le dépistage pour mettre fin à la maltraitance] (Family Violence Prevention Fund). Cette vidéo comprend cinq vignettes cliniques qui démontrent diverses techniques de dépistage et de réponse à la violence domestique dans le cadre des soins de santé primaires. D'une durée de 32 minutes, elle est disponible en VHS, CD et en clip vidéo en boucle (visionnement continu). Disponible en [anglais](#).

Exemples de ressources :

- **Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence against Women: WHO Clinical and Policy Guidelines** (World Health Organization, 2013). Disponible en [anglais](#) (pages 17-19).
- **Barriers in Screening Women for Domestic Violence: A Survey of Social Workers, Family Practitioners, and Obstetrician-Gynecologists** [Obstacles au dépistage de la violence domestiques chez les femmes : enquête auprès des travailleurs sociaux, médecins généralistes et obstétriciens-gynécologues (Tower, L. 2006). Disponible en [anglais](#).
- **Model Protocol on Screening Practices for Domestic Violence Victims with Disabilities** [Modèle de protocole sur les pratiques de dépistage des victimes de violence domestique porteuses de handicaps] (Hoog, C. 2003). Disponible en [anglais](#).
- **Improving Screening of Women for Violence: Basic Guidelines for Healthcare Providers** [Amélioration du dépistage de la violence chez les femmes : orientations fondamentales pour les prestataires de soins de santé] (Stevens, 2005). Disponible en [anglais](#).

6. Assurer la disponibilité de services d'urgence et de non urgence

6a. Examens médico-légaux 24 heures sur 24

- Les protocoles des établissements devraient préciser quels sont les services médico-légaux qu'ils fournissent. Les principaux services après les agressions sexuelles sont : le traitement des blessures, **la conservation des preuves**, la prévention des grossesses non désirées et des infections sexuellement transmises, et le soutien psychosocial (Welch and Mason, 2007).
- **Les services médico-légaux devraient être fournis avec des temps d'attente minimum**, se voir accorder une haute priorité, disposer d'un personnel formé et agréé subissant un nombre d'examens suffisant pour maintenir leur niveau de compétence en matière de recueil des preuves, de documentation de l'agression et de réponse aux besoins émotionnels des survivantes (Ledray, 1999). Dans toutes la mesure du possible, **l'examen devrait être effectué par une femme**, la plupart des survivantes ayant exprimé cette préférence (Welch and Mason, 2007).

- Les survivantes peuvent ne pas décider immédiatement d'engager une procédure juridique et il devrait donc être prévu que les preuves recueillies lors des examens médico-légaux soient versées à leur dossier sous pli fermé au cas où les femmes décideraient de porter plainte à une date ultérieure.
- Les certificats médicaux devraient être délivrés gratuitement. Dans ses directives, l'OMS recommande que **les certificats médicaux restent valables 20 ans**, au cas où la survivante déciderait de demander un dédommagement ou d'engager une procédure pénale à une date ultérieure.
- Il convient d'appliquer des [principes guides](#) particuliers lors de la fourniture de soins aux survivantes dans le cadre d'examens médico-légaux. Étant donné en particulier que les femmes peuvent avoir à craindre des représailles si elles entament des procédures juridiques, la [confidentialité](#) revêt une importance primordiale dans ces examens. Aux États-Unis, des examens anonymes en cas de viol sont disponibles dans tout le pays pour répondre à cette préoccupation. L'examen médico-légal ne doit jamais comporter un test de virginité, qui porte atteinte aux droits et à l'autonomie de la survivante.
- Des études menées aux États-Unis ont montré que le **visionnement d'une vidéo** décrivant l'examen médico-légal après une agression sexuelle est susceptible de réduire le stress des survivantes lors de l'examen (Martin, 2007).
- **Il convient également de remettre des informations écrites aux survivantes** pour renforcer les renseignements qui leur sont communiqués pendant l'examen médical. Certaines survivantes peuvent être en état de choc lors du traitement initial et ne pas appréhender pleinement ce que leur dit un médecin légiste. Ces informations écrites peuvent porter sur :
 - Ce en quoi consiste l'examen médical;
 - Les risques pour la santé consécutifs à une agression sexuelle et la nécessité d'analyses et de traitement;
 - Les risques de contamination par le VIH;
 - Les régimes de traitement et les effets secondaires éventuels;
 - La prévention de la grossesse;
 - L'impact psychologique et les stratégies d'adaptation;
 - Les appuis disponibles après l'agression sexuelle auprès de services communautaires et/ou de lignes d'assistance téléphonique.

(Extrait/adapté de : Jewkes, R., 2006. "Paper for Policy Guidance: Strengthening the Health Sector Response to Sexual Violence" [« Document d'orientation politique : renforcement de la réponse du secteur de la santé à la violence sexuelle »], Inédit.)

Exemples d'outils :

- **Guidelines for Medico-legal Care for Victims of Sexual Violence** [*Directives relatives aux soins médico-légaux pour les victimes de violences sexuelles*] (Organisation mondiale de la santé, 2003); voir “Forensic Specimens” [Prélèvements médico-légaux] (pp. 57-63). Disponible en [anglais](#).
- **The Sexual Assault Forensic Examiner Coordinator's Handbook** [*Manuel du coordinateur des examinateurs médico-légaux dans les cas d'agression sexuelle*] (Carman, R., 2010). Conçu à l'intention des coordinateurs des examinateurs médico-légaux dans les cas d'agression sexuelle (SAFE), des examinateurs et du personnel des services d'urgence tels que les infirmières, travailleurs sociaux et auxiliaires, ce manuel présente des questions et des réponses et fait usage d'études de cas et d'autres instruments pratiques pour fournir des conseils concrets sur tous les aspects des activités du programme des SAFE. Disponible en [anglais](#).
- **Sexual assault nurse examiner (SANE) development & operations guide** [*Guide de formation et d'activité professionnelle du personnel infirmier examinateur des victimes d'agression sexuelle*] (Ledray, L. 1999). Washington DC: Office for Victims of Crime, U.S. Department of Justice. Disponible en [anglais](#).
- **Clinical Care for Sexual Assault Survivors** [*Soins cliniques pour les survivantes d'agression sexuelle*] (International Rescue Committee, 2009). Disponible en [anglais](#).

Ressources supplémentaires :

- **Forensic Evidence for Sexual Assault: A South African Perspective** [*Les preuves médico-légales de l'agression sexuelle : perspective sud-africaine*] (Martin, L. 2001). *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 78 (Supplement 1), pp. S105-S110.
- **Rape and Sexual Assault** [*Viol et agression sexuelle*] (Welch, J. and Mason. F., 2007). BMJ; 334 pages. Disponible en [anglais](#).

6b. Évaluation et planification de la sécurité

- L'un des rôles fondamentaux des prestataires de soins est d'évaluer la sécurité des survivantes et de les aider à éviter les dangers. Parmi les dangers auxquels les survivantes peuvent être exposées figurent notamment :

- Le danger imminent d'agression dans les minutes, heures ou jours qui suivent;
 - Le danger de mort à court et à long terme;
 - Le risque d'auto-agression, notamment de pensées et d'impulsions suicidaires;
 - De graves conséquences pour la santé sexuelle et reproductive, telles que les grossesses non désirées, les infections sexuellement transmises, etc.;
 - Des dangers pour les enfants qui peuvent être impliqués.
- On trouvera ci-dessous des exemples de questions à poser pour évaluer les dangers. Il est toutefois très important que les prestataires de services formulent eux-mêmes les questions d'évaluation des dangers en tant compte du contexte culturel et qu'ils les soumettent à des essais pour déterminer si elles sont appropriées et utiles. Il est important aussi qu'ils écoutent les patientes lorsqu'ils tentent de déterminer le niveau de risque. En effet, les auto-évaluations des femmes concernant les risques qu'elles courent sont tout aussi valables sinon plus que les résultats obtenus au moyen d'un outil d'évaluation des risques pour déterminer les futurs dangers de violence auxquels les survivantes peuvent être exposées.

Exemples de questions d'évaluation des dangers
de violence entre partenaires intimes

1. La violence physique est-elle devenue plus fréquente au cours de l'année écoulée ?
2. La violence physique est-elle devenue plus grave au cours de l'année écoulée ?
3. A-t-il jamais essayé de vous étrangler ?
4. Y a-t-il une arme à feu chez vous ?
5. Vous a-t-il jamais forcée à avoir des rapports sexuels contre votre gré ?
6. Prend-il de la drogue ? Par drogue, je veux dire des « uppers », des amphétamines, de la speed, de la poussière d'ange, de la cocaïne, du crack, des drogues de la rue ou des mélanges.
7. Menace-t-il de vous tuer ou pensez-vous qu'il est capable de vous tuer ?
8. Se saoule-t-il tous les jours ou presque tous les jours ?
9. Contrôle-t-il la plupart de vos activités quotidiennes ou toutes ? Par exemple, vous dit-il avec qui vous pouvez être amie, combien d'argent vous pouvez emporter pour faire du shopping ou quand vous pouvez prendre la voiture ?
10. Vous a-t-il jamais battue quand vous étiez enceinte ?
11. (Si vous n'avez jamais été enceinte de lui, cochez ici ____)
12. Est-il violemment et constamment jaloux ? (Dit-il, par exemple, « Si je ne peux pas t'avoir, personne ne le pourra » ?)
13. Avez-vous jamais menacé ou essayé de vous suicider ?
14. A-t-il jamais menacé ou essayé de se suicider ?
15. Est-il violent envers vos enfants ?
16. Est-il violent hors du foyer ?

Extrait de Bott, S., Guedes, A., Guezmes, A. and Claramunt, C., 2004. [Improving the Health Sector Response to Gender-Based Violence: A Resource Manual for Health Care Professionals](#) [Amélioration de la réponse du secteur de la santé à la violence sexiste : manuel de ressources pour les professionnels de la santé]. NY, NY: International Planned Parenthood Federation: Western Hemisphere Region. p. 92, et adapté d'après Campbell, 1998.

- Après avoir évalué le niveau de danger couru par la survivante, les prestataires de soins peuvent coopérer avec elle pour établir des plans de sécurité. Il y a différentes façons d'aborder la sécurité, certaines qui privilégient la capacité de la survivante à mettre en œuvre des plans de sécurité et d'autres qui favorisent un suivi plus actif pour assurer la continuité des soins, de la sécurité et de l'accès aux appuis durant les périodes où la survivante est exposée à des dangers (Conseil de l'Europe; 2008a). Quoi qu'il en soit, **le prestataire de soins de santé doit respecter l'aptitude de la survivante à déterminer elle-même les risques qu'elle court ainsi que les stratégies possibles pour y parer.** Lorsque les enfants de la survivante sont en danger, le prestataire de soins devra se conformer aux protocoles de l'établissement et aux règlements nationaux pour assurer leur protection.

- Parmi les points et les stratégies auxquels les prestataires de soins et les survivantes pourront penser lors de l'établissement des plans de sécurité figurent :
 - Les voies de sortie possibles et un refuge en cas d'urgence (par exemple chez un membre de sa famille ou une amie, de préférence à une adresse inconnue du partenaire) dans l'éventualité où elle se trouverait forcée de quitter son domicile.
 - Connaître/apprendre par cœur les numéros de téléphone d'organisations pouvant fournir de l'aide, s'il y en a dans la région.
 - Savoir où aller pour se faire soigner en cas de violence sexuelle (contraception d'urgence et prophylaxie post-exposition pour prévenir les IST et notamment la contamination par le VIH).
 - Demander à un(e) ou plusieurs voisin(e)s de guetter les signes de violence et d'appeler la police ou d'autres membres de la communauté s'ils remarquent des choses inhabituelles.
 - Dire aux enfants ce qu'ils doivent faire et où ils peuvent aller pour demander de l'aide en cas d'actes de violence et faire avec eux des exercices d'évacuation.
 - Décider ce dont la femme a besoin si elle doit quitter son domicile précipitamment (vêtements, argent, documents, clés).
 - Préparer un sac contenant ces objets et le placer quelquepart chez elle ou chez des parents/ami(e)s.
 - Prévoir des stratégies pour réduire les risques en cas de confrontation. Par exemple, si une dispute est inévitable, s'efforcer qu'elle ait lieu dans une pièce dont on peut sortir facilement.
 - Rester hors des pièces où il y a des armes.

(Adapté d'après Bott et al., 2004, et Velzeboer et al., 2003)

- Il peut être utile de dresser une liste pour passer en revue certaines de ces questions avec les survivantes à risque :

Liste de contrôle de sécurité

Voici certains articles utiles à réunir lorsque vous prévoyez de vous soustraire à une situation de violence. Conservez les en lieu sûr jusqu'à ce que vous soyez prête à partir ou au cas où vous devriez partir soudainement. Si vous avez des enfants, emmenez-les avec vous. Et vos animaux familiers aussi (si vous le pouvez).

Pièces d'identité pour vous et vos enfants

- Certificats de naissance
- Cartes de sécurité sociale (ou à défaut les numéros inscrits sur une feuille de papier)
- Permis de conduire
- Cartes d'identité ou passeports
- Carte d'assistance sociale
- Carte de résidente étrangère

Documents personnels Importants

- Certificat de mariage
- Documents de divorce
- Ordonnances de garde
- Ordonnances de protection ou de non communication
- Documents d'assurance-maladie et cartes médicales
- Dossiers médicaux de tous les membres de la famille
- Dossiers scolaires des enfants
- Documents d'investissement et numéros de compte
- Visas de travail
- Documents d'immigration
- Accord de location/bail ou titre de propriété de la maison
- Titre de propriété de la voiture, cartes d'enregistrement et papiers d'assurance

Fonds

- Argent liquide
- Cartes de crédit
- Carte de GAB
- Chéquiers (avec bordereaux de dépôt)

Clés

- Maison
- Voiture
- Coffre bancaire ou boîte postale

Moyens de communication

- Carte d'appel téléphonique
- Téléphone portable
- Carnet d'adresses

Médicaments

- Provisions pour au moins 1 mois de tous les médicaments que vous et vos enfants prenez, et copie des ordonnances

Moyens de survie

- Bijoux ou petits objets vendables au cas où vous seriez à court d'argent ou n'auriez plus accès à vos comptes

Objets à valeur affective

- Photos
- Souvenirs
- Petits jouets ou livres d'enfants

Source : National Women's Health Information Center. 2008. Département de la santé et des services humains des États-Unis, Bureau de la santé de la femme. Disponible en [anglais](#).

Exemple : Le Réseau nicaraguayen des femmes contre la violence a produit de **petites cartes que les prestataires de soins de santé distribuent à leurs clientes**. On peut y lire le message : « Si vous vivez une situation de violence, il y a des moyens d'en sortir ». Elles sont de dimensions réduites, ce qui permet de les cacher facilement, et contiennent les informations de base sur les plans de sécurité (Velzeboer, 2003). De même, aux États-Unis, le Family Violence Prevention Fund a produit des cartes de sécurité à distribuer dans les établissements de santé pour indiquer aux patientes comment elles peuvent accroître leur sécurité et améliorer leur santé. Ces cartes, la Carte de sécurité de la santé reproductive et la Carte de sécurité des patients pour les femmes, sont conçues pour aider les femmes à réaliser en quoi leurs relations intimes peuvent avoir des répercussions sur leur santé générale, leur santé génésique et la santé de leurs enfants. Elles contiennent également des renseignements sur les plans de sécurité et sur les services auxquels les femmes peuvent s'adresser. Elles sont disponibles en anglais et en espagnol. Visitez la [boutique](#) du Family Violence Prevention Fund pour y accéder.

- Si les femmes courent des dangers immédiats et ne peuvent pas rentrer chez elles, il est important de leur trouver un refuge. Il peut être utile de prévoir de la place dans les services de santé où les femmes pourront rester jusqu'à ce qu'elles soient orientées vers un foyer d'accueil.

Exemple : En Inde, à Aarohi, deux lits sont réservés dans le service psychiatrique de l'hôpital local pour accueillir d'urgence les femmes qui ne peuvent pas rentrer chez elles avant que l'on puisse leur trouver un refuge plus permanent. Ceci présente une importance particulière pour les survivantes de la violence, car il est difficile pour elles de trouver à se loger la nuit ([UNFPA](#), 2009).

Exemples d'outils :

- Pour des ressources supplémentaires sur la planification de la sécurité, on pourra effectuer des recherches dans la [base de données d'outils](#).
- **Violence Against Women Safety Planning List** [*Liste de planification de la sécurité pour les femmes victimes de violences*]. Département de la santé et des services humains des États-Unis, Bureau de la santé de la femme. (National Women's Health Center, 2008). Disponible en [anglais](#).

- ***Intimate Partner Violence and Sexual Violence Victimization Assessment Instruments for Use in Healthcare Settings*** [Instruments d'évaluation de la victimisation dans les cas de violences et de violences sexuelles commises par le partenaire intime à utiliser dans les établissements de santé] (Centers for Disease Control, 2007). Cette ressource, produite par KC. Basile, MF Hertz et SE Back pour les Centers for Disease Control, fournit aux praticiens et aux cliniciens un inventaire actualisé des outils permettant de déterminer la victimisation par la violence entre partenaires intimes et/ou la violence sexuelle. L'ouvrage a été examiné et finalisé pour y inclure des contributions d'experts de ces formes de violence ainsi que de coordinateurs de programmes de lutte contre le viol et d'éducation des États-Unis. Il est organisé en deux parties consacrées respectivement à la violence entre partenaires intimes et à la violence sexuelle, contenant chacune un tableau des outils d'évaluation avec des détails sur leur élaboration, leurs composantes, leur application, leur suivi et leurs propriétés psychométriques ainsi que les outils d'évaluation eux-mêmes. Disponible en [anglais](#) (avec 2 outils en espagnol).

- ***Safety Plan [Plan de sécurité]*** (North Carolina Coalition against Domestic Violence). Disponible en [anglais](#).

- ***Model Protocol On Safety Planning for Domestic Violence Victims with Disabilities [Modèle de protocole sur les pratiques de dépistage des victimes de violence domestique porteuses de handicaps]*** (Washington State Coalition Against Domestic Violence, 2003). Disponible en [anglais](#).

- ***Inventory of Spousal Violence Risk Assessment Tools Used in Canada [Recensement des outils d'évaluation des risques de violence conjugale utilisés au Canada]***, Ministère de la Justice du Canada. Disponible à l'achat en [anglais](#).
 - ***Aide à la planification de l'évaluation de la sécurité (ASAP – Aid to Safety Assessment Planning)***. Ce guide d'évaluation des risques est le résultat d'une collaboration entre la Division des services d'aide aux victimes et de la prévention du crime, ministère de la sécurité publique de la Colombie-Britannique et le BC Institute Against Family Violence. Il a pour objectif de réduire les risques de violence en fournissant aux intervenants auprès des victimes une stratégie globale et coordonnée qu'ils pourront mettre en œuvre en collaboration avec d'autres intervenants du système de justice en vue d'aider les femmes à prendre des décisions éclairées leur permettant d'assurer leur sécurité. Il vise à examiner les facteurs de risque du point de vue de la victime et insiste sur le fait que les organismes pertinents et les victimes doivent travailler ensemble et, lorsqu'il y a lieu, échanger l'information sur les facteurs de risques connus. Le guide et les fiches de travail qu'il contient incorporent des éléments provenant d'outils d'évaluation établis comme l'Échelle d'évaluation du risque de violence conjugale (SARA) et le Bref questionnaire d'évaluation des risques en cas de violence conjugale (B-SAFER) pour créer des plans de sécurité appropriés. Pour commander un exemplaire du manuel ASAP, voir le [site web](#) du Centre for Counselling and Community Safety, du Justice Institute of British Columbia.

- **Brief Spousal Assault Form for the Evaluation of Risk (B-SAFER)** [Bref questionnaire d'évaluation des risques en cas de violence conjugale]. Ce questionnaire a été établi en collaboration par le British Columbia Institute Against Family Violence, P. Randall Kropp, Ph.D., Stephen D. Hart, Ph.D., Henrik Belfrage, Ph.D. et le ministère de la Justice du Canada, en vue des objectifs suivants : faciliter le travail des professionnels du système de justice pénale dans l'évaluation des risques dans les situations de violence conjugale; aider les professionnels à obtenir les renseignements nécessaires pour évaluer les risques; aider les victimes à se donner un plan pour assurer leur sécurité, et finalement prévenir les incidents de violence futurs ou plus graves.
- **Danger Assessment** [Évaluation du danger]. Cet outil, mis au point par Jacquelyn Campbell, Ph.D., R.N., F.A.A.N., des États-Unis, est utilisé par les services aux victimes au Nouveau-Brunswick. En Nouvelle-Écosse, les personnels des maisons de transition, des services aux victimes et des services de bien-être à l'enfance (ministère des Services communautaires) sont formés à son utilisation, qui s'inscrit dans le cadre du processus de collaboration régi par le Protocole de coordination des affaires à risque élevé de létalité. Des renseignements sont échangés avec les organismes compétents si l'un des principaux fournisseurs de services estime qu'une affaire présente des risques élevés.

L'outil d'évaluation du danger est formé de deux parties : la première partie évalue la gravité et la fréquence des actes de violence en fournissant à la femme un calendrier de l'année précédente sur lequel elle doit indiquer les dates auxquelles elle a été l'objet de violence. Les incidents vont du moins graves au plus graves. Parmi les indicateurs figurent les gifles, les bousculades, les coups de poing, les coups de pied, les ecchymoses, les autres lésions (brûlures, os fracturés, fausse couche), la menace d'utiliser une arme et, finalement, l'utilisation d'une arme ayant causé des blessures. La deuxième partie de l'outil est un instrument en 20 points qui comprend un système de pondération servant à faire le compte des facteurs de risque qui sont liés à l'homicide par un partenaire intime. Pour de plus de détails, voir ce [site web](#).

6c. Soins et soutien psychologiques

- Les conseils psychologiques dont d'une importance essentielle et particulièrement utiles pour les survivantes, chez lesquelles on constate un meilleur fonctionnement physique et une réduction des niveaux de dépression (Tiwari, 2005 cité dans Ellsberg, 2006), une estime de soi supérieure, une plus grande capacité à s'affirmer et même une exposition réduite à la maltraitance (Laverde, 1987, cité dans Ramsey, 2005). Les traitements cognitivo-comportementaux axés sur le traumatisme peuvent être d'une utilité particulière pour réduire les troubles de la santé mentale liés à la violence (OMS, 2009c). Toutefois, il est essentiel que les prestataires de soins et de soutien psychologiques aient reçu une [formation aux conseils](#) appropriée portant sur les

problèmes liés aux impacts psychologiques de divers types de violence à l'égard des femmes et des filles (Bott et al., 2004).

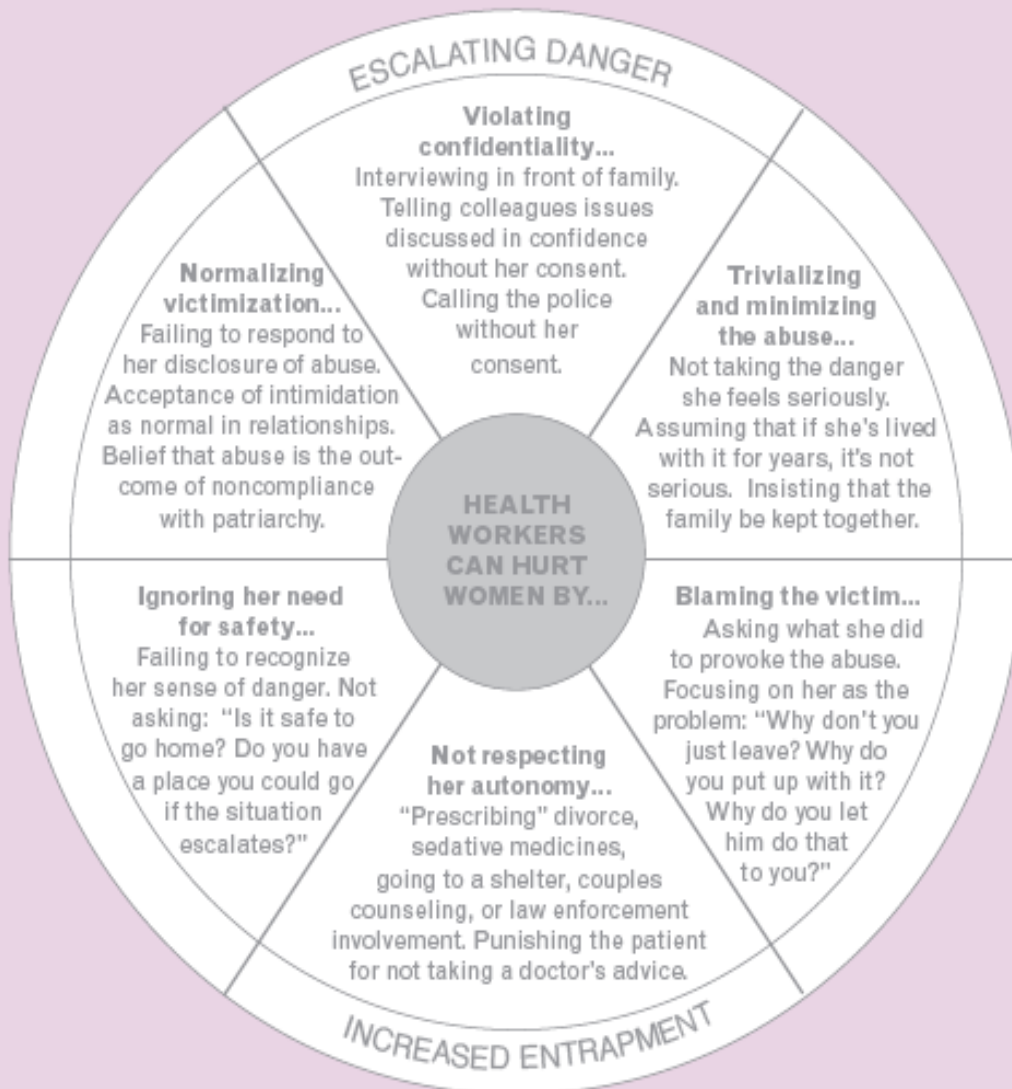
- Les prestataires devraient avoir la qualification nécessaire pour aborder directement la question de la violence avec les femmes, en particulier les femmes qui reçoivent des soins prénatals et les femmes qui présentent certains problèmes de santé, comme des lésions, des symptômes d'angoisse, la toxicomanie, la dépression, des infections sexuellement transmissibles et des symptômes gynécologiques.
- [La thérapie comportementale et cognitive](#) peut s'avérer particulièrement utile dans la réduction du nombre de cas de troubles mentaux associés à la violence entre partenaires intimes et à la violence sexuelle (OMS, 2010a). Il est toutefois impératif que ceux qui fournissent des soins et un soutien psychologiques reçoivent [la formation professionnelle nécessaire](#) pour donner des conseils sur des questions relatives à l'impact psychologique des différents types de violence à l'égard des femmes (Bott et al., 2004). Certaines interventions, notamment celles pour des troubles dus au stress post-traumatique exigent la présence d'un psychologue ou d'un expert de la santé mentale hautement qualifié. D'autres, comme les interventions en situation de crise se sont révélées peu efficaces.
- Les connaissances spécialisées sur la violence à l'égard des femmes devraient porter au minimum sur les points suivants (voir aussi les ressources sur les aptitudes en matière de conseils psychologiques dans la section [Formation du personnel](#)) :
 - Analyse genrée de la violence à l'égard des femmes
 - Techniques d'intervention en cas de crise
 - Traumatismes, adaptation et survie
 - Concepts actuels du bien-être et de l'inclusion sociale
 - [Confidentialité](#)
 - [Aptitudes à la communication](#) et techniques d'intervention
 - Aperçu général des systèmes de justice pénale et civile
 - Aperçu des [lois en vigueur](#)
 - Disponibilité de ressources au niveau de l'État et des communautés
 - Non discrimination et diversité
 - Autonomisation (Conseil de l'Europe, 2008a)
- Le Conseil de l'Europe recommande qu'au moins un service de conseils spécialisés soit disponible pour 50 000 femmes (ou au moins un service dans chaque grande ville régionale) avec aiguillage vers les professionnels spécialisés d'autres services de traitement (Conseil de l'Europe, 2008a). La mise en place de services de conseils psychologiques dans les établissements de santé améliore non seulement l'accès des survivantes au traitement mais elle peut aussi avoir des avantages secondaires, tels qu'un accroissement de la visibilité du problème auprès des personnels de santé.

Exemple : En Inde, la création de services de conseils familiaux dans les hôpitaux a amené les membres des professions médicales à reconnaître que la violence à l'égard des femmes et des filles est bien un problème de santé (UNFPA, 2009).

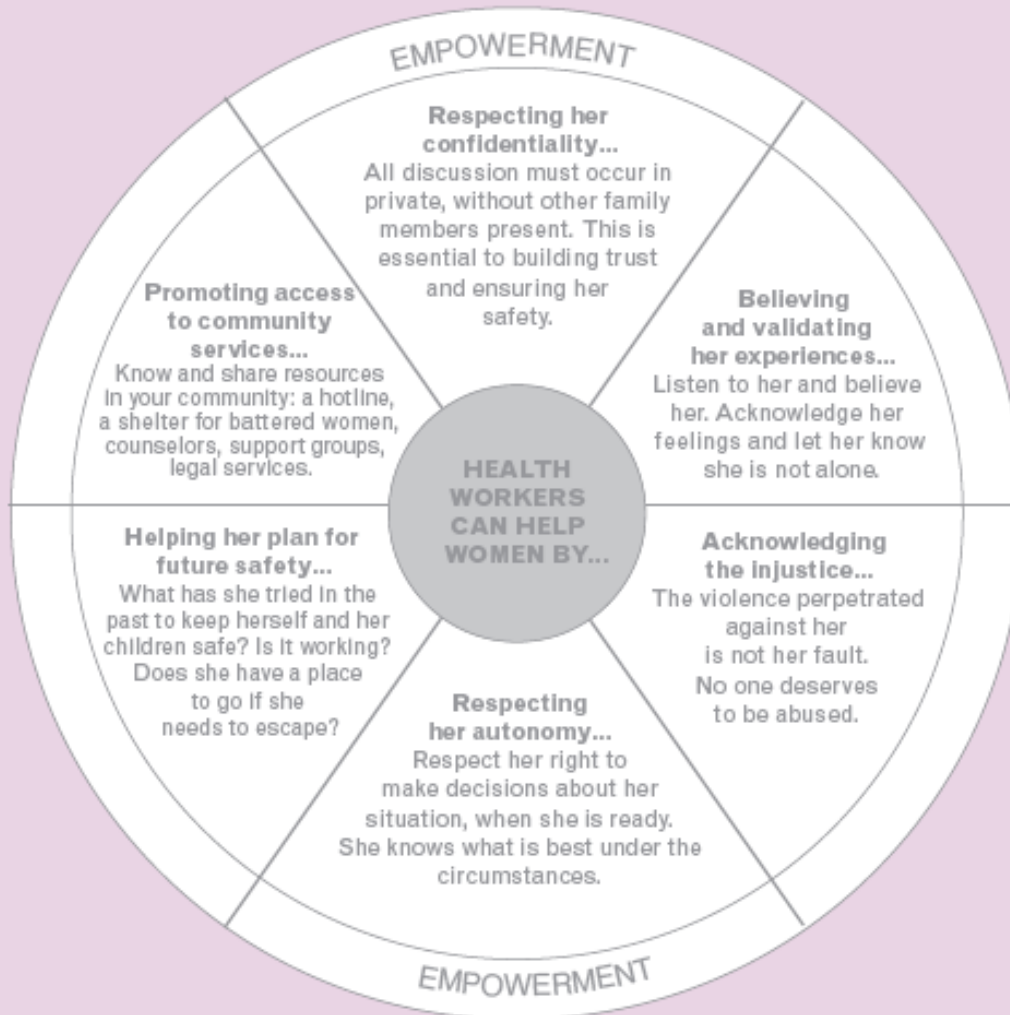
Exemple : Au Honduras, 13 centres de conseils familiaux ont été mis en place dans les centres de services régionaux, chacun d'eux comptant au moins un travailleur/une travailleuse social(e) et un(e) psychologue. Ces centres fournissent des conseils individuels et collectifs aux survivantes de violence et mènent des activités de formation et de prévention à l'intention des agents de santé et des animateurs communautaires (Velzeboer et al., 2003).

- Toutefois, dans de nombreuses situations de développement, les normes du Conseil de l'Europe risquent de s'avérer peu réalistes et de ne pas répondre aux besoins des femmes vivant en milieu rural d'accès difficile. Il est donc essentiel que **tous les prestataires de soins de santé travaillant avec les survivantes comprennent bien les techniques d'appui applicables et les [principes guides](#) sur lesquels elles sont fondées**. Comme l'indiquent les diagrammes ci-après, le simple respect des principes élémentaires du travail avec les survivantes peut avoir un effet thérapeutique.

BOX 6-5. GENDER-BASED VIOLENCE: ARE HEALTH WORKERS PART OF THE PROBLEM?



...OR ARE HEALTH WORKERS PART OF THE SOLUTION?



The Medical and Power Wheel, developed by the Domestic Violence Project, Inc. Kenosha, Wisconsin, U.S.A.

[Diagram 1 callouts]

Encadré 6-5 : VIOLENCE SEXISTE : LES AGENTS DE SANTÉ CONTRIBUENT-ILS AU PROBLÈME ...

[Center]

LES AGENTS DE SANTÉ PEUVENT NUIRE AUX FEMMES...

[Clockwise from top]

ACCROISSEMENT DES DANGERS

En violant la confidentialité :

En les interrogeant en présence de leur famille.

En parlant aux collègues de questions confidentielles.

En appelant la police sans le consentement de la patiente.

En banalisant et en minimisant la violence :

En ne prenant pas au sérieux les dangers courus par la patiente.

En assumant qu'ils ne sont pas graves s'ils durent depuis longtemps.

En insistant sur le maintien des liens familiaux.

En rejetant le blâme sur la victime :

En demandant comment elle a provoqué l'incident.

En se concentrant sur elle comme source du problème :

« Pourquoi ne partez-vous pas ? Pourquoi acceptez-vous qu'il vous traite comme ça ? »

En ne respectant pas leur autonomie :

En « prescrivant » le divorce, des sédatifs, l'hébergement dans un foyer, la consultation matrimoniale, l'intervention de la police. En punissant la patiente de ne pas suivre les conseils d'un médecin.

PIÈGE QUI SE REFERME

En ignorant leurs besoins de sécurité :

En ne reconnaissant pas la crainte du danger. En ne demandant pas : « Êtes-vous en sécurité chez vous ? Savez-vous où aller si la situation s'aggrave ? »

En normalisant la victimisation :

En ne réagissant pas à la révélation des violences. En acceptant l'intimidation comme normale dans les relations. En considérant que les violences sont la sanction du non-respect du patriarcat.

[Diagram 2 callouts]

... OU À SA RÉOLUTION ?

[Center]

LES AGENTS DE SANTÉ PEUVENT AIDER LES FEMMES...

[Clockwise from top]

AUTONOMISATION

En respectant la confidentialité :

En tenant toutes les conversations en privé, sans autre membre de la famille, ce qui est essentiel pour établir la confiance et assurer la sécurité.

En validant leur expérience :

En écoutant et en croyant les patientes. En reconnaissant leurs sentiments et en leur faisant savoir qu'elles ne sont pas seules.

En reconnaissant l'injustice :

Elles ne sont pas fautives et responsables de la violence. Personne ne mérite la violence.

En respectant leur autonomie :

En respectant leur droit de décider, quand elles sont prêtes à le faire. Elles savent ce qui leur convient le mieux compte tenu des circonstances.

AUTONOMISATION

En les aidant à planifier leur sécurité :

Qu'ont-elles fait dans le passé pour assurer leur sécurité et celle de leurs enfants ? Est-ce efficace ? Savent-elles où aller si elles doivent s'échapper ?

En promouvant l'accès aux services communautaires :

En indiquant les ressources disponibles dans la communauté, les lignes téléphoniques d'aide, les foyers d'accueil, les conseillers, les groupes de soutien, les services juridiques.

Source : Velzeboer, M., Ellsberg, M., Arcas, C., and Garcia-Moreno, C., 2003. [*Violence against Women: The Health Sector Responds*](#) [*Violence à l'égard des femmes : le secteur de la santé répond*]. Washington, DC: PAHO, pp.70 & 71.

- S'il n'y a pas de conseillers professionnels disponibles ou s'il existe des obstacles qui s'opposent à l'accès à des services d'accompagnement psychosocial individuel ou en tant que complément aux services existants, il est possible de former des groupes de soutien où du personnel de santé fera fonction de facilitateurs/facilitatrices (Ellsberg and Arcas, 2001).
- Les facilitateurs/facilitatrices ne doivent pas nécessairement être titulaires de diplômes avancés en psychologie, en travail social ou dans un domaine connexe, mais devraient avoir suivi une formation aux problèmes de la violence à l'égard des

femmes ainsi qu'à la facilitation des groupes de soutien et connaître le processus de conception de tels groupes, les stades de l'évolution des groupes, le rôle de facilitation, etc.

Étude de cas : Groupes de soutien pour les femmes dans le cadre d'un modèle intégré de soins dans les cas de violence familiale en Amérique centrale (Organisation panaméricaine de la santé)

L'un des groupes de soutien du programme en El Salvador, celui du Barrio Lourdes à San Salvador, a documenté ce que ses membres avaient appris :

- À être indépendantes
- À connaître notre valeur
- À être plus responsables avec nos enfants
- À prendre des décisions responsables pour nous-mêmes
- À reconnaître nos qualités
- À ne pas être violentes
- À nous estimer
- À mettre nos capacités en pratique
- À dire : Je suis compétente, je sais faire cela
- À nous autonomiser
- À faire valoir nos droits et à ne pas être violentées
- À nous aimer nous-mêmes
- À pardonner
- À nous libérer
- À respecter
- À aimer
- À être solidaires au sein du groupe

Les groupes de soutien peuvent être importants pour le bien-être psychosocial des survivantes, en particulier lorsque les ressources sont limitées et qu'il y a peu de professionnels de la santé mentale. L'un de leurs principaux avantages est qu'ils permettent aux centres de santé de traiter davantage de personnes qu'ils ne pourraient le faire par des appuis psychologiques individuels. Par ailleurs, les facilitatrices n'ont pas besoin d'être des spécialistes de la santé mentale (bien qu'une formation spéciale soit nécessaire). Un autre avantage est que les femmes peuvent s'entraider, se rendre compte qu'elles ne sont pas seules à souffrir de la violence et établir entre elles des liens qui mènent parfois à des actions collectives. Tous ces éléments sont importants pour surmonter la violence. Un programme de l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) en Amérique centrale s'est efforcé de promouvoir les groupes de soutien par la formation de personnel et par la diffusion de matériels éducatifs. Dans chaque pays de la région, au moins un groupe pilote a produit de bons résultats. Il y a en Amérique centrale plusieurs organisations, par exemple le Centro Feminista de Información y Acción ([CEFEMINA](#)) au

Costa Rica, qui ont acquis une vaste expérience en matière de groupes d'auto-assistance ou de soutien pour les survivantes de la violence. On relève toutefois de grandes disparités dans la généralisation de ces groupes dans les divers pays. Un constat important a été que le succès ou la réussite de tels groupes dépendaient davantage de la motivation et des aptitudes des agents de santé considérés individuellement que des caractéristiques communautaires ou de la formation professionnelle des facilitatrices.

L'une des approches les plus complètes est celle qui a été appliquée à la Polyclinique du Barrio Lourdes, à San Salvador, où il y avait plusieurs groupes d'appui pour les survivantes de la violence, dont un pour les femmes âgées. L'une des caractéristiques intéressantes de l'expérience est que bien que l'établissement possède plusieurs psychologues, les groupes étaient administrés par une physiothérapeute et une éducatrice spécialisée. Les facilitatrices avaient été choisies non pas pour leurs diplômes professionnels mais en raison de leur intérêt pour le sujet et de leur aptitude à gagner la confiance des gens. Pour de plus amples informations sur les leçons à retenir, voir le document en [anglais](#).

Source : Extrait de Ellsberg, M. and Arcas, C., 2001. [Review of PAHO's Project: Towards an Integrated Model of Care for Family Violence in Central America. Final Project](#). [Examen du projet de l'OPS : Vers un modèle de soins intégré pour la violence familiale en Amérique centrale. Projet final]. Stockholm (Suède), Département de la démocratie et du développement social : Évaluation de la SIDA, pp. 24-25).

Exemples d'outils :

➤ **Caring for Survivors Training Manual** [Manuel de formation aux soins des survivantes] (Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 171

2010). Module 8. Disponible en [anglais](#).

- **Communication Skills in Working with Survivors of Gender-based Violence: A Five-day Training Manual** [Aptitudes à la communication dans le travail avec les survivantes de la violence sexiste : Guide de formation sur cinq jours] (International Rescue Committee and Family Health International, 2000). Day 4. Disponible en [anglais](#).
- **Counsellor's Training Manual** [Guide de formation des conseillers], Help & Shelter, Guyana (Jackson, J.). Disponible en [anglais](#).
- **Improving the Health Sector Response to Gender-based Violence: A Resource Manual for Health Care Professionals in Developing Countries** [Amélioration de la réponse du secteur de la santé à la violence sexiste : manuel de ressources pour les professionnels de la santé]. (Bott, S., Guedes, A., Guezmes, A. and Claramunt, C./IPPF/WHO, 2004). Voir la section v.d: Women's Support Groups. Disponible en [anglais](#) et en [espagnol](#).
- **Mental Health Responses for Victims of Sexual Violence and Rape in Resource-Poor Settings** (Sexual Violence Research Initiative, 2011). Disponible en [Anglais](#).
- **The Power To Change: How to set up and run support groups for victims and survivors of domestic violence** [Le pouvoir de changer : Comment établir et gérer des groupes de soutien aux victimes et survivantes de la violence domestique] (NANE, AMCV, Association Artemisia, NGO Women's Shelter, and Women's Aid Federation of England, 2008). Ce guide produit dans le cadre du programme Daphné de la Commission européenne indique les principaux points à considérer pour établir et gérer des groupes de soutien pour les survivantes de la violence domestique et propose trois modèles pouvant être utilisés à ces fins. Disponible en [anglais](#), [estonien](#), [hongrois](#), [italien](#), [portugais](#) et [serbe](#).
- **Counseling Guidelines on Domestic Violence** [Directives pour les conseils psychologiques en cas de violence domestique] (Southern African AIDS Training Programme, 2001) Harare (Zimbabwe). Disponible en [anglais](#).
- **Trainer's Manual for Rape Trauma Counselors in Kenya** [Guide du formateur des conseillers des victimes de traumatismes liés au viol] (Ministère de la santé du Kenya, Nairobi, 2006). Disponible en [anglais](#).
- Plusieurs directives et outils élaborés en vue de la fourniture de soins et d'appuis dans le cadre de situations d'urgence humanitaire peuvent avoir leur utilité dans d'autres circonstances. Parmi eux figurent notamment :

- [Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings](#). [Directives sur la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence humanitaire] (Comité permanent interorganisations). Ces directives reflètent les connaissances de praticiens de diverses régions, disciplines et secteurs et constituent un consensus émergent sur les bonnes pratiques. Le principe fondamental est ici que les interventions lors des toutes premières phases des situations d'urgence sont essentielles pour protéger et soutenir la santé mentale et le bien-être psychosocial. Version abrégée disponible en [français](#).
- [Psychological First Aid: Field Operations Guide](#) [Premiers soins psychologiques : Guide des opérations de terrain]. National Child Traumatic Stress Network and National Center for post traumatic stress disorder. Ce guide propose une approche modulaire pour aider les populations au lendemain immédiat des catastrophes et des actes de terrorisme, afin de réduire la détresse initiale et de soutenir les comportements d'adaptation à court et à long terme. Il a été conçu à l'intention des intervenants en cas de catastrophe, notamment des secouristes, des responsables d'interventions, des prestataires de soins de santé primaires et d'urgence, des équipes d'intervention d'urgence des établissements scolaires, des organisations confessionnelles et des organismes de secours.
- [Coping with disaster – A guidebook to psychosocial intervention](#) [Faire face aux catastrophes – Guide de l'intervention psychosociale]. John Ehrenreich and Sharon McQuaide. Ce guide présente toute une gamme d'interventions psychosociales visant à aider les gens à faire face aux effets émotionnels des catastrophes. Il est destiné aux travailleurs de la santé mentale (psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux et autres conseillers), aux agents de santé dispensant des soins primaires (médecins, personnel infirmier et autres prestataires de soins de santé communautaires), aux membres des équipes de secours, aux enseignants, aux dirigeants religieux et communautaires et aux responsables des organismes officiels et autres chargés des actions en cas de catastrophe. Il est conçu en tant que guide de terrain ou base de programmes de formation de courte ou de longue durée sur les réponses aux effets psychosociaux des catastrophes.

6d. Avortement sans risques

- Le [Programme d'action de la Conférence internationale sur le développement et la population](#) (1994) reconnaît l'importance de l'avortement sans risques et note que l'avortement, sa prévention et les moyens de faire face à ses conséquences doivent faire partie des soins de santé primaire (paragraphe 7.6) et que « dans les cas où il n'est pas interdit par la loi, l'avortement devrait être pratiqué dans de bonnes conditions de sécurité. » (paragraphe 8.25) À la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies de juin 1999, les gouvernements ont

convenu que « dans les cas où l'avortement n'est pas contraire à la loi, les systèmes de santé devraient former les prestataires de soins de santé et les équiper et devraient prendre d'autres mesures pour que l'avortement soit alors pratiqué dans de bonnes conditions de sécurité et soit accessible. Des mesures supplémentaires devraient être prises pour préserver la santé des femmes. » (OMS, 2003a).

- Parmi les multiples effets négatifs de la violence à l'égard des femmes et des filles sur la santé, figurent les grossesses non désirées; le problème peut en outre être aggravé par le fait que les victimes de la violence ont souvent moins accès aux informations sur la planification familiale, aux moyens de contraceptions et aux autres formes de soins de santé reproductive.
- Les grossesses non désirées peuvent donner lieu à des avortements pratiqués dans des conditions dangereuses, que les femmes et les filles tentent d'y mettre fin elles mêmes ou par l'entremise de services clandestins non agréés.
- Il convient d'évaluer le risque de grossesse chez toutes les survivantes en âge de procréer et de leur fournir des contraceptifs d'urgence appropriés. Dans les circonstances où l'avortement est autorisé par la loi, l'interruption de grossesse doit être présentée comme une option et les établissements de santé desservant les survivantes de violence à l'égard des femmes devrait mettre à leur disposition des services d'avortement gratuit ou peu coûteux, ou orienter les femmes qui souhaitent avorter vers des établissements proposant de tels services.

Pour des conseils et orientations sur l'avortement dans le système de santé, voir :

- ***Avortement médicalisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé*** (2003). Organisation mondiale de la santé. Disponible en [anglais](#), [azerbaïdjani](#), [bosniaque](#), [espagnol](#), [français](#) et [russe](#).

Ressources supplémentaires :

- Pour divers conseils et orientations techniques et politiques sur la prévention des avortements dangereux, voir la page du [site web](#) de l'Organisation mondiale de la santé consacrée à la question.
- **Women-Centered Abortion Care: Reference Manual** [Soins en cas d'avortement axés sur les femmes : Guide de référence] (Hyman, A. and Castleman, L./Ipas, 2007). Disponible en [anglais](#) and [espagnol](#).

- **Violence, pregnancy and abortion: Issues of Women's Rights and Public Health** [Violence, grossesse et avortement : questions relatives aux droits des femmes et à la santé publique] (De Bruyn, M./Ipas 2003). Disponible en [anglais](#).

7. Veiller à la tenue des dossiers médicaux et à la mise en place d'un système d'information à des fins de documentation

- Un système d'information sur la santé est nécessaire pour recueillir des données afin de superviser les soins et de surveiller les prestations de services. Chaque établissement de santé fournissant des services devrait tenir des statistiques en se servant d'un formulaire standardisé de recueil des données.
- Au minimum, les renseignements suivants devraient être recueillis sur les client(e)s :
 - Le type de violence commise,
 - Le sexe de la personne,
 - L'âge du survivant/de la survivante,
 - L'âge de l'auteur des faits et ses relations avec la victime (Velzeboer, 2003).
- Des renseignements démographiques supplémentaires peuvent être recueillis sur le lieu de l'incident (rural ou urbain) et sur le sous-groupe de population (autochtone, catégories ethniques et raciales, migrantes, femmes handicapées, autres groupes notables ou particulièrement exclus).
- Le dossier de la survivante devrait également comprendre une description détaillée des actes et indiquer notamment le type d'agression, le nombre d'agresseurs et l'heure de l'agression. Les descriptions devraient dans toute la mesure du possible reproduire les termes employés par la survivante et éviter toute mention critique ou portant un jugement subjectif sur le comportement ou l'aspect de la survivante, qui pourrait être retenue contre elle lors de futures actions judiciaires (Tavara, 2006).
- Il est essentiel de garantir la plus stricte confidentialité, d'une part des dossiers eux-mêmes (en employant un numéro d'ordre au lieu du nom de la patiente) et d'autre part en les conservant sous clé. Seul des membres choisis du personnel devraient avoir accès aux fichiers et il faudrait établir un système de communication des dossiers à l'intérieur de l'établissement.
- La IPPF/WHR a produit le tampon suivant à apposer aux formulaires d'admission pour indiquer si la cliente a ou non fait l'objet d'un dépistage concernant la violence :

Date : ___/___/___

À risque ? : Oui Non

A accepté de l'aide ? : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
	Au cours de sa vie	12 derniers mois	Partenaire √ = oui
PSY			
PHI			
Sx			
CSA			

Les quatre catégories de violence sexiste, établies par un groupe de travail d'après les définitions utilisées dans la littérature et l'expérience des organisations affiliées de l'IPPF/WHR, qui peuvent être indiquées au moyen de cet outil sont : **PSY** : violence psychologique; **PHY** : violence physique; **SX** : agression sexuelle; **CSA** : antécédents d'agression sexuelle dans l'enfance.

Source : Extrait de Fédération internationale pour la planification familiale, Région de l'hémisphère ouest, 2000. Tools for Service Providers Working With Victims of Gender-Based Violence [Outils pour les prestataires de services travaillant avec des victimes de violence sexiste]. Disponible en [anglais](#).

Exemple : En Malaisie, afin d'assurer la confidentialité des renseignements sur les clientes, deux systèmes ont été mis au point, l'un de codage par couleurs et l'autre d'apposition d'un tampon (Rastam, 2002; Rogow, 2006; et Guezmes & Vargas, 2003, cité dans Colombini, 2008).

Une difficulté à résoudre pour de nombreux établissements de soins est celle de recueillir des renseignements détaillés sur les violences subies par les femmes mais de veiller à ne les communiquer à des tiers qu'avec le consentement de l'intéressée. Les participants à l'initiative de l'IPPF/WHR ont estimé que la maltraitance et la violence ont des impacts majeurs sur la santé sexuelle et reproductive des femmes et qu'elles doivent donc figurer dans le dossier médical pour assurer des prestations de soins appropriés. Certains prestataires ont toutefois considéré qu'ils ne voulaient pas toujours que d'autres membres de l'établissement soient informés des violences subies par leurs clientes. En fait, au cours de l'étude de référence de l'IPPF/WHR, certains médecins ont indiqué qu'ils notaient tous les renseignements relatifs à la violence dans le dossier médical sous forme encryptée pour pouvoir s'y reporter lors de futures consultations, mais sans que leurs confrères y aient accès. Ceci présente une difficulté particulière dans les grands établissements de santé où les femmes n'ont pas de médecin personnel mais consultent différents praticiens selon la disponibilité de ceux-ci lors de leur visite. En termes généraux, les trois associations membres ont décidé que les réponses aux questions de dépistage de la violence sexuelle devraient être consignées en langage clair dans les dossiers médicaux pour que tous les médecins puissent en prendre connaissance.

Pour protéger les patientes, les établissements de santé ont renforcé leurs politiques sur la conservation des dossiers et ont demandé aux prestataires de faire savoir aux femmes comment les informations qu'elles communiquent sur la violence sont consignées et utilisées. La sensibilisation des prestataires à la violence en tant que problème de santé a permis de les convaincre plus facilement d'inclure ces renseignements dans les dossiers médicaux. Il a également été utile de rappeler que ces dossiers contiennent toutes sortes d'informations sensibles et confidentielles, telles que l'usage des contraceptifs et les résultats des tests de grossesse et de dépistage des infections sexuellement transmises. Toute divulgation de ces données confidentielles peut exposer les patientes à des dangers. Les antécédents de violence ou de maltraitance consignés dans les dossiers ne doivent pas être considérés comme des stigmates (point qui préoccupait certains prestataires).

Les établissements de soins ont la responsabilité morale de veiller à la confidentialité de tous les dossiers médicaux et de s'assurer que les renseignements communiqués ne mettent pas les patientes en danger. Néanmoins, les trois associations membres de l'IPPF s'efforcent encore de résoudre divers problèmes. Ainsi, la plupart n'avaient-elles pas de systèmes de partage des renseignements sur la violence entre les prestataires de différents services (tels que les services de conseils psychosociaux et les services médicaux). C'est la question de savoir, par exemple, si les antécédents de violence communiqués par une femme à un conseiller de planification familiale doivent être transmis au médecin qui sera chargé de sa santé sexuelle et reproductive. Dans les établissements des associations membres, les renseignements relatifs à la violence sont souvent consignés dans des registres distincts dans chaque service. Lors de l'évaluation de suivi de l'initiative de l'IPPF/WHR, le consultant a recommandé que lorsqu'il y avait des registres distincts, il figure également dans le dossier personnel un sommaire des autres soins dispensés, comme le font les médecins qui aiguillent les clientes vers des spécialistes, sauf si la patiente ne veut pas que ces renseignements y soient notés. Il a toutefois été constaté dans certains cas ce sont les prestataires de soins, davantage que leurs clientes, qui résistent au partage des renseignements entre les services médicaux, juridiques et psychologiques.

Source : Extrait de Bott, S., Guedes, A., Guezmes, A. and Claramunt, C., 2004. *Improving the Health Sector Response to Gender-Based Violence: A Resource Manual for Health Care Professionals in Developing Countries* [Amélioration de la réponse du secteur de la santé à la violence sexuelle : Manuel de ressources pour les professionnels de la santé dans les pays en développement]. New York: IPPF/WHR, p. 57. Disponible en [anglais](#) et en [espagnol](#).

1. Nom de la patiente		2. Client ID#		3. Nom du praticien		4. Date		
5. Type de violence (cocher les cases applicables)			a. Sévices sexuels pendant l'enfance		b. Viol		c. Violence Abuse	
6. Antécédents de violence				7. Symptômes actuels (Cocher les cases suivantes)				
a. Date de la violence				Symptômes		Oui	Non	Comments of Staff Member
				Dépression				
b. Relation entre l'auteur de la violence et la victime				Usage d'alcool ou de drogues				
				Crises d'anxiété ou de panique				
c. Sévices sexuels, verbaux, émotionnels, psychologique (Cocher les cases applicables)				Promiscuité sexuelle				
				Problèmes de sommeil/troubles de l'alimentation				
d. Durée de la situation violente (noter si elle perdure)				Automutilation				
				Honte et reproches				
e. A déjà été mentionnée auparavant ? La patiente a-t-elle reçu de l'aide ?				Torpeur, souvenirs dérangeants				
				Pensées ou comportements suicidaires				
f. Est-elle toujours en contact avec l'agresseur? Oui/Non <i>Si oui, passer à la question 11.</i>				Névrose traumatique				
				Blessures et troubles physiques				
g. Un plan de sûreté a-t-il été établi avec la patiente ? Oui/Non				Autres symptômes (préciser)				
8. Répercussions sur les enfants de la patiente				11. Évaluation du danger				
				a. La violence s'est-elle accrue au cours des 12 derniers mois?				
9. Expérience(s) de re-victimisation				b. L'auteur fait-il usage d'alcool ou de drogues ?				
				c. A-t-il menacé de vous tuer ?				
10. Autres remarques				d. Avez-vous des armes chez vous ?				
				e. Avez-vous peur de rentrer chez vous ?				
12. Transfert								
Type de Service		Nom de l'institution			interne	externe		
Groupe de soutien								
Conseil psychologique								
Aide juridique								
Logement								
Services sociaux								
Numéro d'urgence								
Autre (préciser)								

Source : Extrait de Billings/UNFPA. 2001. **Comment aborder en pratique la violence liée au sexe : Guide programmatique à l'intention des praticiens et gestionnaires de santé**, Appendice 9. Disponible en [anglais](#), en [français](#) et en [espagnol](#).

Exemples d'outils :

- **Comment aborder en pratique la violence liée au sexe : Guide programmatique à l'intention des praticiens et gestionnaires de santé** (Billings/UNFPA, 2001). Comprend des orientations sur le recueil des données. Disponible en [anglais](#), en [français](#) et en [espagnol](#).
- **Le Domestic Violence and Sexual Assault Data Resource Center** [Centre de ressources et de données sur la violence domestique et les agressions sexuelles] a de nombreux exemples de formulaires de rapport d'incident et de gestion de dossiers de la plupart des États des États-Unis, qui sont disponibles en [anglais](#).
- Les outils du [Gender-based Violence Information Management System](#) [Système de gestion de l'information sur la violence sexiste]. Le GBVIMS est une initiative polyvalente se situant dans le cadre des situations d'intervention humanitaire qui vise à permettre aux intervenants de recueillir, de stocker et d'analyser les données relatives aux incidents de violence sexiste déclarés. Le système comprend : un cahier de travail indiquant les mesures essentielles que les organisations et les organes de coordination interorganisations pour faire usage du système; une base de données Excel (dite « Registre des incidents ») pour la compilation des données et l'analyse des tendances; et une équipe mondiale d'experts en violence sexiste et en application de bases de données de l'UNFPA, du HCR et du Comité international de secours pour fournir des appuis sur place et à distance. Pour de plus amples informations sur les outils, voir le [site web](#).

8. Établir un cadre de suivi et évaluation pour les niveaux d'activité des services et la qualité des soins

- Le suivi et l'évaluation en continu des prestations de services est d'une importance clé pour améliorer la qualité des soins et il fait l'objet d'un traitement détaillé dans la section [Suivi et évaluation](#) du présent module. Il convient de tenir compte des protocoles des divers organismes sur les rôles et les normes de prestations de services pour établir les stratégies de suivi et évaluation. Toutes les activités menées dans ce domaine doivent être systématiques et structurées. On veillera à faire usage d'[indicateurs de processus](#) et d'[indicateurs d'impact](#) définis (voir le [Glossaire de l'OCDE](#)) et à élaborer des outils de recueil de données que l'on appliquera de manière standardisée dans tous les services. Le suivi et évaluation devrait également impliquer de multiples parties prenantes et notamment des survivantes (Jewkes, 2006).
- Des personnes de niveau hiérarchique suffisant et possédant l'autorité voulue devraient être chargées de superviser les processus de suivi et évaluation et être prêtes à mener des enquêtes et à traiter les problèmes pour améliorer la qualité des services. Il faudra peut-être dispenser des formations et fournir des appuis aux prestataires de services pour la saisie et l'interprétation des données. Des informations sur les résultats du suivi devront être communiquées à tout le personnel concerné (Jewkes, 2006).

- Un certain nombre de mesures doivent être prises pour assurer l'intégration du suivi et évaluation dans les programmes et interventions. Il s'agira notamment :
 - De procéder à des [analyses de situation/évaluations des besoins](#) avant ou durant la planification du programme/de l'intervention;
 - D'élaborer un cadre de suivi et évaluation expliquant comment le programme fonctionnera, comment il atteindra son but et ses objectifs et comment l'on déterminera s'il les atteint effectivement;
 - D'établir un plan de suivi et évaluation définissant le processus à appliquer pour le suivi du programme ainsi que pour son examen ou son évaluation globale;
 - De procéder à un recueil de données au début du programme (situation de référence) et à l'achèvement du programme. (Pour de plus amples informations sur ces mesures élémentaires, voir le module traitant du [Suivi et évaluation](#).)

- Le suivi et évaluation devrait porter sur toutes les composantes du secteur de la santé, notamment les politiques, les protocoles, l'infrastructure, les fournitures, la capacité du personnel à fournir des soins médicaux et des appuis psychosociaux de qualité, la formation du personnel et les autres possibilités de perfectionnement, professionnel, la documentation des cas et les systèmes de données, le fonctionnement des réseaux d'aiguillage, les évaluations de la sécurité et des dangers, ainsi que les autres éléments dignes d'intérêt compte tenu des spécificités du contexte et du programme. (Voir Heise, Ellsberg and Gottemoeller, 1999; Velzeboer et al., 2003; Bott et al., 2004.)

Exemples de ressources :

- Pour de plus amples informations sur le suivi et évaluation des services de santé et de la qualité des soins, voir la section [Suivi et évaluation](#) du présent module.

9. Assurer la coordination des interventions et l'aiguillage des patientes

- Tous les établissements de santé devraient veiller à la coordination des activités au niveau de l'établissement et à celui de la communauté.
 - La coordination au niveau de l'établissement vise à s'assurer que tout le personnel interagissant avec les survivantes applique les mêmes normes et les mêmes protocoles. Elle peut également faciliter la surveillance logistique du matériel et des fournitures ainsi que le suivi de la qualité des soins. Il convient que la direction de l'établissement supervise la coordination à ce niveau.
 - La coordination au niveau communautaire a pour objet de veiller à ce que les représentants des établissements de santé fassent partie d'un [vaste réseau plurisectoriel](#) de prestataires de soins et de militant(e)s. Les établissements de

santé peuvent ainsi œuvrer en collaboration avec un réseau d'action local pour :

- Établir des systèmes d'aiguillage éthiques et sans danger;
 - Faire un usage rationnel et efficace des ressources locales en évitant les redondances d'efforts et en harmonisant les services;
 - Se faire des alliés et minimiser la discorde;
 - Promouvoir la transparence entre prestataires de soins;
 - Améliorer le suivi des réponses plurisectorielles;
 - Établir des liens avec les [mécanismes de coordination nationaux](#) et sous-nationaux.
- La coordination au niveau communautaire est une tâche complexe qui exige une participation active et un engagement des personnels des établissements de santé qui ont l'autorité de prendre des décisions au nom de l'établissement.
 - La coordination doit être conforme à un ensemble de principes fondamentaux qui reflètent et renforcent le respect des droits de la personne et les approches axées sur les survivantes. Il est important que les personnels chargés de la coordination se souviennent des points suivants :
 - Les besoins des survivantes et des personnes exposées à des risques de violence sont la raison d'être du travail de coordination;
 - Le processus de coordination doit être bien structuré afin de respecter le temps et la participation des partenaires coordonnés. Il faut y allouer des ressources humaines et financières suffisantes; les heures de réunion doivent être précisées et les lieux de réunion facilement accessibles; les réunions de coordination doivent viser des objectifs clairement énoncés et se dérouler selon des règles de base définies; les rôles et les responsabilités des partenaires doivent être clairs.
 - La coordination doit aussi être axée sur l'action et motivante, ainsi que fournir des occasions de réflexion, de cohésion sociale et de réseautage.
 - L'un des grands avantages de la bonne coordination consiste en l'établissement de relations avec les partenaires des divers services et en la définition de normes de confidentialité et d'efficacité de l'aiguillage. Toutefois, la participation aux activités de coordination n'est pas le seul moyen de repérer les réseaux d'aiguillage. Chaque établissement de santé devrait s'assurer qu'il est en mesure de fournir aux femmes qui font état d'actes de violence à leur égard des informations sur les services supplémentaires disponibles, tels que les centres de conseils psychosociaux, les centres d'accueil des victimes d'agression sexuelle, les refuges, les centres d'aide juridique et sociale et les appuis matériels. Il incombe aux établissements de santé de déterminer les services disponibles dans leur communauté et d'établir un répertoire de ces services.
 - Pour dresser un répertoire des services vers lesquels les patientes peuvent être aiguillées, les établissements de santé peuvent procéder comme suit :

ÉTAPE 1 : *Déterminer la zone géographique à inclure dans le réseau.* Où vivent la plupart de vos clientes ? À quelle distance de chez elles peuvent-elles se rendre pour solliciter des services ? Si l'établissement a des dispensaires dans divers quartiers de la ville ou diverses régions du pays, il peut y avoir lieu d'établir un répertoire pour chaque site, pour s'assurer de l'accessibilité des services pour les femmes.

ÉTAPE 2 : *Dresser la liste des institutions de la zone offrant des services appropriés aux femmes et aux filles victimes de violence.* Cette liste peut comprendre des établissements fournissant des services médicaux, psychologiques, sociaux et juridiques, ainsi que les postes de police locaux. On peut également y inclure des institutions traitant de problèmes secondaires en rapport avec la violence, tels que l'alcoolisme et la toxicomanie, ainsi que ceux qui offrent des services pour les enfants ayant été victimes ou témoins d'actes de violence. Chaque institution devrait pouvoir suggérer d'autres institutions locales pouvant figurer dans le répertoire.

ÉTAPE 3 : *Appeler chaque institution ou (mieux) s'y rendre pour recueillir les principales informations sur ses services.* Pour s'assurer que l'on recueille bien des informations actuelles sur chaque institution et pour se faire une opinion des services fondée sur des réalités concrètes, il est préférable de se rendre sur place et de s'entretenir brièvement avec un membre du personnel de l'organisation où les services sont dispensés. Après avoir décrit votre propre travail dans le domaine de la violence sexiste, vous pourrez poser une série de questions choisies pour déterminer si vous pouvez orienter certaines de vos clientes vers l'institution en question et dans quels cas.

ÉTAPE 4 : *Organiser l'information sous forme de répertoire.* Vous pouvez organiser l'information relative aux établissements du réseau d'aiguillage de différentes manières (par exemple par zone géographique, par type de service offert, etc.). S'il y a peu d'établissements de services dans la communauté, le répertoire ne sera pas très long. Si ces établissements sont nombreux, un index indiquant leur nom et le type de service proposé pourra faciliter la consultation du répertoire.

ÉTAPE 5 : *Communiquer le répertoire aux prestataires de soins.* Pour bien faire, l'établissement devrait remettre un exemplaire du répertoire à chaque prestataire de soins, pour que tous les membres du personnel en contact avec les clientes aient accès à l'information. Si les moyens financiers de l'établissement ne permettent pas de reproduire le répertoire à de multiples exemplaires, on pourra en placer un dans chaque service, en un lieu accessible où le personnel pourra le consulter.

ÉTAPE 6 : *Recueillir des retours d'information des prestataires de soins sur l'utilité du répertoire.* Les questionnaires devraient prendre le temps de parler du répertoire avec les prestataires de soins peu après l'adoption de celui-ci pour s'assurer que le format adopté est pratique et que les prestataires de soins n'ont pas de difficulté à s'en servir pour aiguiller les patientes vers d'autres établissements. Après s'être servi du répertoire un certain temps, les prestataires de soins sauront, par exemple, quels sont les

établissements qui sont effectivement accessibles pour leurs clientes et quels sont ceux qui ne le sont pas.

ÉTAPE 7 : *Officialiser les relations avec les institutions du réseau.* Une fois le répertoire en place, l'étape suivante consiste à forger des partenariats plus officiels avec les autres établissements. On pourra ici établir des systèmes formels d'aiguillage réciproque et de collaboration à divers projets. Dans certains cas, les associations membres de l'IPPF ont négocié des tarifs réduits pour leurs clientes. Pour bien faire, les établissements appartenant au réseau devraient prendre contact entre eux périodiquement pour fournir des retours d'information, se tenir au courant, assurer au moins un suivi minimal de certains dossiers et traiter d'autres questions en rapport avec ces activités.

ÉTAPE 8 : *Actualiser le répertoire périodiquement.* Il est essentiel que les programmes de santé actualisent le répertoire à intervalles réguliers (sur une base semestrielle, par exemple). On évitera ainsi de donner aux femmes des informations erronées, ce qui représente pour elles un gaspillage de temps, d'argent et d'énergie, mais ce qui peut aussi les exposer à des risques variés. On se rappellera que les services peuvent fermer leurs portes, déménager ou modifier leurs procédures, en particulier face aux contraintes financières lorsque les ressources sont rares.

Source : Extrait de Bott, S., Guedes, A., Guezmes, A., and Claramunt, C., 2004. *Improving the Health Sector Response to Gender-Based Violence: A Resource Manual for Health Care Professionals in Developing Countries [Amélioration de la réponse du secteur de la santé à la violence sexiste : manuel de ressources pour les professionnels de la santé dans les pays en développement]*. New York: IPPF/WHO, p. 61. Disponible en [anglais](#) et en [espagnol](#).

Exemple : Le personnel de [Profamilia](#) à Saint-Domingue (République dominicaine) a mis en place un système d'aiguillage réunissant des organisations locales qui travaillent avec les victimes de violence et établi un répertoire de ces organisations, des services offerts, des groupes desservis, des heures de service et des coordonnées des établissements. Ceci répond aux soucis des prestataires qui s'inquiétaient de ce que, s'ils ouvraient un débat sur la violence, ils n'auraient pas de services à proposer aux victimes. Par ailleurs, l'établissement de ce [réseau](#) a contribué à resserrer les liens existant entre Profamilia et les autres organisations (Goldberg, 2006).

Pour de plus amples informations (en espagnol), [s'adresser à](#) Profamilia.

L'outil suivant peut servir à recueillir des informations sur les organismes vers lesquels les clientes peuvent être aiguillées :

EXEMPLE DE FORMULAIRE POUR UN RÉPERTOIRE D'ORGANISATIONS

Adapté d'un formulaire créé par Susanna Medina, PLAFAM

COORDONNÉES

Nom de l'institution	Association de planification familiale
Acronyme	PLAFAM
Type d'institution	Organisation non gouvernementale
Adresse	Calle Minerva, Qta. PLAFAM, Las Acacias, et Calle La Paz, Casco Colonial de Petare, Edf. 3-19
Téléphone	Dispensaire central : 693-9358/6032/5262 Dispensaire de Petare : 271-7268
Télécopie	693-5757
Courriel	Plafam@Plafam.org
Directrice	Dr Beatriz Castresana
Titre de la directrice	Directrice exécutive
Source de l'information	Susanna Medina
Titre	Coordinatrice du projet de lutte contre la violence sexiste
Date d'actualisation	12 novembre 2003
Description de l'institution	La PLAFAM est une organisation de la société civile à but non lucratif ayant pour mission de promouvoir la planification familiale et d'améliorer la santé sexuelle et reproductive de la population vénézuélienne, en particulier celle des femmes et des hommes de groupes à faible revenu
DESCRIPTION DES SERVICES EN RAPPORT AVEC LA VIOLENCE SEXISTE	
Caractéristiques de la population desservie	Femmes, enfants et adolescentes vivant dans l'agglomération métropolitaine de Caracas, Los Teques, Valles del Tuy
Types de services	1. Conseils psychologiques et soutien 2. Services psychologiques : intervention de crise et

	traitement à long terme 3. Groupes d'appui pour survivantes de la violence sexiste 4. Services de soutien psychologique pour enfants survivants de la violence sexiste 5. Services juridiques 6. Soins de santé sexuelle et reproductive
Heures d'ouverture	Services disponibles du lundi au vendredi, de 8h00 à 13h00 et de 14h00 à 16h00
Procédures d'obtention des services	Services médicaux fournis selon l'ordre de présentation ou sur rendez-vous. Services de crise disponibles pendant les heures d'ouverture ou sur rendez-vous.
Coût des services	À vérifier avant d'aiguiller la cliente
Sites d'aiguillage	Service de police des mineurs, dispensaires d'hygiène, Centre d'aiguillage des jeunes
Types de personnel prestataire de soins	Psychologues, médecins et avocats
Autres activités	Séminaires universitaires sur la violence sexiste; ateliers de sensibilisation et de formation de professionnels : police et médecins légistes; production de matériels et de publications sur la violence sexiste

Extrait de : Bott, S., Guedes, A., Guezmes, A. and Claramunt, C., 2004. *Improving the Health Sector Response to Gender-Based Violence: A Resource Manual for Health Care Professionals in Developing Countries* [Amélioration de la réponse du secteur de la santé à la violence sexiste : manuel de ressources pour les professionnels de la santé dans les pays en développement]. New York: IPPF/WHO, p. 63. Disponible en [anglais](#) et en [espagnol](#).

Ressources supplémentaires :

- ***Improving the Health Sector Response to Gender-based Violence: A Resource Manual for Health Care Professionals in Developing Countries*** [Amélioration de la réponse du secteur de la santé à la violence sexiste : manuel de ressources pour les professionnels de la santé dans les pays en développement] (Bott, S., Guedes, A., Guezmes, A. and Claramunt C./ IIPF/WHO, 2004). Voir la section III.e.: Developing Referral Networks [Établissement de réseaux de services d'aiguillage]. Disponible en [anglais](#) et en [espagnol](#).
- ***Bridging Gaps—From Good Intention to Good Cooperation*** [Jeter des ponts : des bonnes intentions à la bonne coopération] (Women Against Violence Europe, 2006). Ce manuel est destiné aux prestataires de services de divers secteurs traitant de la violence à l'égard des femmes. Il offre des conseils et des

recommandations concernant la coopération entre les organismes pour la protection des survivantes de la violence domestique. L'ouvrage s'articule en 15 chapitres portant sur : le contexte général de la violence à l'égard des femmes; les prestations de services multisectoriels et la coopération interorganisations; les normes de pratique générales et sectorielles; la prévention de la violence et la planification de la sécurité; l'association des survivantes aux programmes; les actions et les modèles de coopération interorganisations. Disponible en [anglais](#); 116 pages.

- **Guidelines on Coordinating GBV Interventions in Humanitarian Settings** [*Directives sur la coordination des interventions dans les cas de violence sexiste dans les situations humanitaires*], (Ward, J. 2010). New York: Gender-based Violence Area of Responsibility Working Group. Disponible en [anglais](#).
- **Community of Practice in Building Referral Systems for Women Victims of Violence** [*Communauté de pratique de l'établissement de systèmes d'aiguillage pour les femmes victimes de violence*], (Jennings, M./Office de secours et de travaux des Nations Unies pour les réfugiés de Palestine dans le Proche-Orient, 2010). Disponible en [anglais](#).

10. Élaborer des matériels d'éducation et d'information et mener des activités de diffusion communautaire sur la disponibilité des services d'appui.

- Les prestataires de soins de santé devraient diffuser des matériels d'information dans les établissements, en particulier dans les salles d'attente et les toilettes, sur la violence à l'égard des femmes et des filles. Ces matériels peuvent consister en des brochures, des affiches, de brefs clips vidéo, etc., et devraient tenir compte de la population desservie, notamment de la présence de clientes illettrées.
- Les matériels devraient contenir des informations sur :
 - La disponibilité de prestataires de services spécialisés pouvant apporter de l'aide quelle que soit les formes de violences subies par les clientes;
 - Les droits des patientes dans les services de santé, notamment le droit à la protection de la vie privée et à la confidentialité;
 - La nature, les impacts sur la santé et les services disponibles pour divers types de violence, notamment :
 - La violence intrafamiliale,
 - La violence entre partenaires intimes,
 - La violence sexuelle y inclus le viol,
 - Les abus sexuels envers les enfants,
 - Les lois relatives à la violence à l'égard des femmes
 - Les droits en matière de santé sexuelle et reproductive;
 - Les droits des femmes;
 - Les droits généraux de la personne;
 - Où se procurer d'autres services (unités de police spéciales, lignes d'aide téléphonique, aide juridique gratuite, groupes de soutien de femmes, foyers/refuges, etc.)

- Il est important de se rappeler lors de l'élaboration des matériels que les femmes qui se trouvent dans des situations de violence peuvent être en danger si elles ramènent chez elles des matériels sur le sujet. En sus des matériels décrits ci-dessus, les prestataires pourront juger utile de produire des cartes de petites dimensions que les femmes peuvent dissimuler sur elles, contenant les numéros de téléphone et les adresses de divers organismes, sans autres renseignements susceptibles de mettre les survivantes en danger (Bott et al., 2004).
- Les établissements de santé devraient également mener des activités de diffusion auprès des communautés sur la disponibilité des services et l'importance d'y accéder promptement. Les campagnes de sensibilisation communautaire peuvent accroître l'utilisation des services et leur efficacité (Kim et al., 2007a). Les interventions au niveau communautaire aident à réduire les obstacles qui limitent l'accès des femmes aux services, en particulier en milieu rural et dans les groupes pauvres (Naved, 2006) et elles peuvent accroître la confiance dans les prestataires de soins locaux et dans les services qu'ils offrent.

Exemple : Le personnel d'un centre de santé du Népal offrant des services aux survivantes de la violence à l'égard des femmes et des filles a organisé des réunions communautaires dans des écoles et des salles de réunion de villages pour parler de l'inacceptabilité de cette violence et des services qu'ils offraient pour répondre aux besoins de survivantes. En outre, des pairs éducatrices ont encouragé les survivantes à demander de l'aide. Ces activités ont accru le nombre de femmes demandeuses de services (UNFPA, 2009).

- Les établissements de santé devraient trouver des travailleuses/travailleurs d'approche pouvant diffuser des information au niveau communautaire. Ces personnes peuvent être attachées à l'établissement ou à d'autres entités membres des réseaux avec lesquels l'établissement coordonne ses activités. Des liens pourront être établis avec des organisations locales, des groupes de femmes et d'autres parties prenantes importantes de la communauté.

Exemple : En Afrique du Sud, le [Thohoyandou Victim Empowerment Programme](#) [Programme de Thohoyandou pour l'autonomisation des victimes] mène des campagnes sur les lieux où l'on peut déclarer les violences et comment procéder, et met les communautés en rapport direct avec les services médicaux existants. En outre, des équipes de prise en charge assurent un suivi des survivantes (Ndhlovu et al., 2006, cité dans Population Council, 2008b).

Exemple : Au Dispensaire Justo Rufino Barrios Clinic de la Ville de Guatemala, des promoteurs de santé présentent de brefs sketches théâtraux dans les salles d'attente. Ces sketches ont pour thème la violence et ils encouragent les patientes à parler au personnel soignant si elles ont besoin d'aide (Velzeboer et al., 2003).

Exemples d'outils :

- **Sample Safety Card** [*Spécimen de carte de sécurité*]. Family Violence Prevention Fund, USA. Disponible en [anglais](#).
- **Health Communications Materials Database** [*Base de données de matériels de communication sur la santé*] (Media Materials Clearinghouse). [Matériels](#) disponibles en plusieurs langues.
- **GBV Prevention Network Communications Materials** [*Matériels de communication du Réseau pour la prévention de la violence sexiste*]. [Matériels](#) disponibles en plusieurs langues, provenant de divers pays d'Afrique.
- **South Asia Advocacy Materials compiled by UNIFEM** [*Matériels de plaidoyer de l'Asie du Sud compilés par UNIFEM*]. [Matériels](#) disponibles en anglais, en hindi et en telegu.
- **Until Women and Children Are Safe** [*Jusqu'à ce que les femmes et les enfants soient en sécurité*] (Women's Aid). Pour obtenir diverses fiches et ressources gratuitement, [remplir le formulaire de commande](#).

11. Développer la programmation de la prévention à base communautaire

- Il est essentiel dans la lutte contre la violence à l'égard des femmes et des filles de créer des liens entre les communautés et les services de santé et d'appuyer la participation des prestataires de soins de santé aux efforts généraux de prévention et de plaidoyer (USAID, 2006).
- Les campagnes d'éducation dans le domaine de la santé publique au niveau communautaire peuvent avoir des effets préventifs en faisant savoir aux femmes et aux hommes que la violence est inacceptable (Luke, 2007) ainsi qu'en les informant des conséquences de la violence pour eux et pour leurs enfants (Guedes, 2004). Ces campagnes doivent au minimum viser les objectifs suivants :
 - Promouvoir des partenariats sexuels égaux et non violents;
 - Accroître l'aptitude des femmes à prendre des décisions concernant le moment et la nature des relations sexuelles;

- Réduire la tolérance envers la violence en sensibilisant le public au fait qu'elle constitue une atteinte aux droits de la personne et un problème de santé publique;
 - Encourager les victimes à se faire soigner et à signaler les actes de violence aux prestataires de services.
- Parmi les méthodes de prévention à base communautaire par le biais du secteur de la santé figurent :
 - Les programmes d'éducation dans les dispensaires et à base communautaire et autres programmes de soutien. Les initiatives faisant appel à la radio, au théâtre, les vidéos, brochures, causeries et autres moyens, tels que le microcrédit (par exemple, [SASA!](#) et [Radar/IMAGE](#));
 - Les campagnes publiques et multimédias pour le changement des comportements, tels que les programmes d'infodivertissement (par exemple, [Soul City](#) et [Sexto Sentido](#));
 - Les programmes pour les hommes visant à promouvoir les relations équitables entre les sexes et la modification des normes, attitudes et comportements (par exemple, [Program H](#) et [Men as Partners](#));
 - La prévention de la violence sexiste dans le cadre des programmes en rapport avec le VIH/sida et la santé reproductive des adolescents (par exemple, [Stepping Stones](#) et [ReproSalud](#)) (Bott, Morrison and Ellsberg, 2005a).

Étude de cas : Activités de Profamilia face à la violence à l'égard des femmes (République dominicaine et Colombie)

En République dominicaine, [Profamilia](#) a considérablement accru la sensibilisation à la violence à l'égard des femmes et des filles au moyen d'activités de diffusion auprès des médias, de groupes de femmes et de communautés. Des efforts ont également été déployés pour accroître les connaissances concernant les droits des femmes. Par exemple, le pays a adopté en 1997 une loi qui renforce la protection contre la violence à l'égard des femmes et des enfants, en particulier la violence domestique. Reconnaisant que cette nouvelle loi n'aurait guère d'effet si les femmes ne connaissaient pas leur droits, Profamilia a entrepris d'en diffuser le contenu. Trois publications distinctes visant à expliquer la loi et le processus de déclaration des actes de violence ont été produites et diffusées, chacune d'elles ciblant des populations plus ou moins alphabétisées, de manière à atteindre le plus vaste public possible ([Population Council](#), 2006).

En Colombie, Profamilia joue un rôle solide dans tout le pays où elle fournit des services de santé sexuelle et reproductive, une part importante de ses activités étant axée sur la violence sexuelle. L'organisation fournit des services [de conseils](#), [médicaux](#), [psychosociaux](#), [juridiques](#) intégrés aux survivantes et oriente celles-ci vers des [centres de soins](#). Elle a également lancé une vaste campagne dite [A Viva Voz](#) [De vive voix] ciblant principalement les adolescents, en s'assurant le concours de pop-stars connues et en ayant recours aux multimédias.

Ressources :

Modulo de la A a la Z en Derechos Sexuales y Reproductivos : Para funcionarios y funcionarias con énfasis en la violencia intrafamiliar y la violencia sexual [Droits en matière de sexualité et de reproduction de A à Z : pour les prestataires de soins axés sur la violence intrafamiliale et sexuelle] (2007). Le [Guide de formation](#) et le [Module à l'intention des prestataires](#) sont disponibles en espagnol.

Livret de l'étudiant sur la violence sexuelle (2007). Disponible en [espagnol](#).

Outils :

- Pour de plus amples informations sur la prévention à base communautaire, voir [mobilisation communautaire](#) dans le [module consacré à la prévention](#).
- ***Intimate Partner and Sexual Violence Prevention Course*** (Violence and Injury Prevention and Disability/ World Health Organization). Disponible en [anglais](#).
- ***VicHealth Review of Communication Components of Social Marketing/Public Education Campaigns Focusing on Violence Against Women*** [Recensement

de VicHealth des composantes de communication des campagnes de marketing social/d'éducation du public portant sur la violence à l'égard des femmes] (Donovan and Vlasis/RJD Consulting for ViCHealth, 2005). Disponible en [anglais](#).

- **Making a Difference: Strategic Communication to End Violence against Women** [*Faire une différence : Communication stratégique pour mettre fin à la violence à l'égard des femmes*] (UNIFEM, 2003b). Disponible en [anglais](#).
- **How to Mobilize Communities for Health and Social Change** [*Comment mobiliser les communautés pour la santé et le changement social*] (Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Center for Communication Programs, 2003). Disponible en [anglais](#).
- **GBV Prevention Network Communications Materials** [*Matériels de communications du réseau de prévention de la violence sexiste*] (Gender-based Violence Prevention Network). [Matériels](#) disponibles en plusieurs langues.
- **A Field Guide to Designing a Health Communication Strategy** [*Un guide de terrain pour la conception d'une stratégie de communication dans le domaine de la santé*] (JHU School of Public Health, Center for Communication Programs, 2003). Ce guide donne des indications générales sur l'élaboration d'une stratégie de communications qui n'est pas spécifiquement axée sur la violence à l'égard des femmes, mais la méthode proposée peut être adaptée dans ce sens. Disponible en [anglais](#).
- **Gateway to Health Communication & Social Marketing Practice** [Portail de la pratique des communications et du marketing social] (Centers for Disease Control and Prevention). Disponible en [anglais](#).

12. Assurer le financement

- Les coûts de l'intégration des programmes de riposte à la violence à l'égard des femmes et des filles dans les services de santé varient selon les circonstances; ils dépendent des services déjà disponibles, par exemple du degré de formation des prestataires de services en matière de conseils psychologiques et/ou de sensibilité aux sexospécificités, et du niveau de capacité de l'établissement considéré à fournir des services appropriés en rapport avec les violences sexuelles, tels que la contraception d'urgence, le recueil des preuves médico-légales (trousses de prélèvement dans les cas de viol), le dépistage des IST et du VIH, la prophylaxie post-exposition pour le VIH/sida et le traitement des IST.
- Les coûts à considérer comprennent notamment les **coûts initiaux non renouvelables** suivants. La liste ci-dessous suppose que le matériel et les fournitures standard pour les services de santé sexuelle et reproductive de base sont déjà en place.

- Tout réaménagement des locaux nécessaire pour assurer le respect de la vie privée, consistant généralement en l'équipement d'une pièce pour dispenser les conseils psychologiques ou d'une pièce réservée à l'ensemble des services post-viol n'étant pas repérée comme telle pour assurer la sécurité des clientes et la confidentialité.
- L'adaptation des instruments et protocoles de dépistage qui pourra exiger l'intervention d'un chercheur pour vérifier que le langage est culturellement approprié et déterminer les moyens de surmonter les obstacles culturels s'opposant à la déclaration des actes de violence.
- La formation des prestataires de soins à l'application des protocoles et à l'apport de conseils initiaux sensibles aux sexospécificités et compatissants.
- Le temps du personnel du secteur de la santé passé à la mise en place es relations et des systèmes d'aiguillage appropriés avec la police, l'appareil judiciaire et les services psychosociaux.
- Pour les services aux survivantes de violence sexuelles, la coordination avec le système juridique exige une infrastructure et du matériel médico-légal, par exemple des laboratoires pour les prélèvements et autres éléments prévus par la loi ou pouvant contribuer à la fourniture de preuves.
- Les **coûts renouvelables** suivants doivent être pris en considération pour que le service soit durable et doivent être prévus dans les budgets. Certains de ces coûts sont fixes et d'autres varieront selon le nombre de femmes qui auront recours au service. Ce nombre est appelé à augmenter régulièrement avec les campagnes d'éducation communautaires et de sensibilisation à la violence à l'égard des femmes et des filles et aux droits des femmes.
 - Si l'établissement ouvre un service spécial pour les survivantes de la violence à l'égard des femmes et des filles qui n'existait pas jusqu'alors, cela entraîne des coûts d'exploitation annuels.
 - De nombreux établissements ont ajouté un(e) psychologue à l'équipe de prestataires pour dispenser des conseils psychologiques et pour assumer la responsabilité, au sein de l'équipe, d'orienter les femems et les filles ers d'autres secteurs et services d'appui.
 - La nécessité de former et de soutenir le personnel de santé traitant les victimes de la violence est constante, afin d'éviter l'épuisement professionnel et de maintenir la qualité des services.
 - En raison des aptitudes et des contraintes de temps d'un grand nombre des prestataires de services chargés du dépistage initial, de nombreux services ont ajouté un psychologue à leur équipe. Vu les limites des ressources humaines de la plupart des établissements publics de santé, il est difficile de fournir ces services d'appui supplémentaires sans financement supplémentaire. (Hainsworth & Zilhão, 2009)

- Dans les contextes où les ressources sont particulièrement limitées, des alternatives à moindre coût doivent être envisagées pour pallier au manque d'appui psychosocial, telles que les groupes de soutien de pairs pour les femmes.
- En cas d'adjonction de services pour survivantes de violences sexuelles, il faut prévoir les coûts des tests de laboratoires supplémentaires, des traitements standard, des fournitures et des médicaments (tels que PEP au VIH, contraception d'urgence, traitement des IST) ainsi que les coûts du recueil des preuves pour le système judiciaire, conformément aux normes nationales.

Source : Extrait/adapté de : UNFPA. s.d. [Addressing Violence Against Women and Girls in Sexual and Reproductive Health Services: A Review of Knowledge Assets](#) [La prise en compte de la violence à l'égard des femmes et des filles dans les services de santé sexuelle et reproductive : recensement des instruments de connaissances], pp.28-29.

Étude de cas : Coûts de l'amélioration des services fournis aux survivantes d'agressions sexuelles en Afrique du Sud

En Afrique du Sud, une analyse des coûts a été effectuée aux fins de déterminer les coûts supplémentaires du renforcement des services fournis après les viols. Sur les bases d'une recherche formative, un modèle d'intervention en cinq parties a été appliqué dans un hôpital de district en milieu rural. Le coût de ce programme s'est élevé à 84 612 dollars EU sur trois ans. Les principaux éléments de coût étaient l'investissement initial dans la formation et le développement et les salaires du coordinateur de la prophylaxie post-exposition et de l'infirmier/infirmière responsable. Le coût des prestations de services ordinaires (coût total moins le coût de la formation et du développement initiaux) s'établit ainsi à 52 345 dollars EU (366 420 ZAR) pour les trois ans, soit un coût estimatif annuel de 17 449 dollars EU (122 140 ZAR).

Item	Cost 2006	
	ZAR	US\$
Capital		
Computers	10,000	1,429
Printer/fax	3,000	429
Office furniture	3,275	468
Training and development	225,866	32,267
Office rent	21,780	3,111
Personnel		
PEP Coordinator	72,600	10,371
Study Nurse	127,050	18,150
Consumables and overheads		
Local transport	38,115	5,445
Project Advisory Committee meetings	3,480	497
Phone/email/fax	43,560	6,223
Stationery and photocopying	43,560	6,223
Total	592,286*	84,612

L'application de ce modèle a eu pour résultats, entre autres, une augmentation du nombre de victimes de viol se présentant à l'hôpital (de 8 à 13 cas par mois), un accroissement de l'efficacité des prestations de services aux survivantes de viol, une amélioration de la qualité des services (par exemple, examens, tests de grossesse, contraception d'urgence, traitement des infections sexuellement transmises, prophylaxie post-exposition, conseils et aiguillage) et un élargissement du rôle du personnel infirmier.

Les résultats de l'étude indiquent qu'il est possible d'améliorer l'ensemble des services fournis pour la prise en charge médicale des agressions sexuelles, y inclus pour la fourniture d'une prophylaxie post-exposition dans un établissement de santé du secteur public, en utilisant le personnel et les ressources en place, et qu'avec une formation supplémentaire, le personnel infirmier peut jouer un rôle accru dans ces soins. Peu d'études analogues ont été effectuées dans un contexte africain et les constats de celle-ci sont importants pour comprendre comment le système de santé actuel fait face à des niveaux de violence sexuelle élevée dans les communautés et comment ils pourraient être améliorés.

Source : Extrait et adapté de : Kim, J., et al., 2007a. [Developing an Integrated Model for Post-Rape Care and HIV Post-Exposure Prophylaxis in Rural South Africa](#) [Élaboration d'un modèle intégré de soins après viol et de prophylaxie post-exposition au VIH en Afrique du Sud rurale]. Washington, D.C.: Population Council, Rural AIDS & Development Action Research Programme, School of Public Health, University of Witwatersrand, South Africa et Tshwaranang Legal Advocacy Centre, Afrique du Sud).

Exemples de ressources :

- ***Budgétisation sensible au genre et droits des femmes en matière de santé de la reproduction : un guide pratique*** (UNFPA et UNIFEM, 2006). Disponible en [anglais](#), en [français](#) et en [espagnol](#).
- ***Gender Responsive Budgeting in Practice: A Training Manual [La budgétisation sensible aux sexes/séparément dans la pratique : un manuel de formation]*** (UNFPA and UNIFEM. 2006a). Disponible en [anglais](#).
- ***Hospital Costing Model Manual [Manuel de calcul des coûts hospitaliers]*** (Newbrander, W. and Lewis, E., 1999). Disponible en [anglais](#).

B. Intégrer l'appui et l'aide aux survivantes dans les programmes de santé sexuelle et reproductive

- La plupart des femmes sont, à un moment de leur vie, demandeuses de services de santé reproductive d'une sorte ou d'une autre (tels que [planification familiale](#), [soins de santé de la mère et de l'enfant](#), [soins gynécologiques courants](#), services d'[avortement](#) et conseils, dépistage et traitement des IST (y inclus le [VIH](#)) et il existe des liens très clairs entre la santé sexuelle et reproductive et la violence. Les prestataires desservent une population sexuellement active; les services de soins prénatals en particulier tendent à avoir la plus forte couverture nationale et sont les plus susceptibles d'atteindre les femmes et les filles fortement marginalisées et vulnérables.
- Les relations entre la violence à l'égard des femmes et des filles et les risques pour la santé sexuelle et reproductive sont bidirectionnelles. C'est-à-dire que les inégalités entre les sexes et la violence à l'égard des femmes et des filles figurent parmi les facteurs clés de vulnérabilité des femmes et des filles en matière de santé reproductive, alors que les problèmes liés à la santé sexuelle et reproductive, tels que les grossesses non planifiées, peuvent accroître les risques de violence à l'égard des femmes et des filles et intensifier les effets d'autres formes de discrimination fondée sur le sexe.
- En général, les programmes de santé reproductive devraient procéder selon les étapes indiquées à la [Section A : Renforcement de la capacité institutionnelle à traiter la violence à l'égard des femmes et des filles dans les hôpitaux](#), les dispensaires d'hygiène et les autres établissements de santé primaires et secondaires lors de l'intégration des programmes de réponse à la violence à l'égard des femmes dans leurs services. Il faut, au minimum, parmi les multiples composantes des interventions dans la domaine de la santé reproductive visant à faire face à la violence à l'égard des femmes et des filles, assurer des prestations de qualité au stade du

dépistage de cette violence et des conseils psychologiques, ainsi qu'un aiguillage vers les services appropriés pour le suivi.

Étude de cas : Manuela Ramos agit au Pérou auprès des groupes de femmes à base communautaire pour mieux répondre à leurs besoins

Manuela Ramos a lancé [ReproSalud](#) en 1995, en tant que programme de santé reproductive en milieu rural financé par l'USAID. ReproSalud a appliqué une forme d'évaluation rurale participative, en association avec des groupes de femmes à base communautaire (tels que des clubs de mères) pour déterminer les besoins des femmes en matière de santé reproductive dans le cadre « d'ateliers d'autodiagnostic ». À la suite de ces ateliers, le programme a tenu des réunions communautaires pour élaborer des stratégies visant à répondre aux besoins que les femmes avaient identifiés. ReproSalud s'est ensuite intéressé à toute une gamme de préoccupations sanitaires, sociales et économiques. La violence domestique et les rapports sexuels forcés dans le ménage ont émergé en tant que thèmes récurrents et ont fait l'objet de nombreuses activités, dont des ateliers sur les questions de genre pour les femmes et les hommes. ReproSalud a également établi un programme de microcrédit pour les femmes. En 2002, ReproSalud avait atteint plus de 123 000 femmes et 66 000 hommes.

Des évaluateurs ont recueilli des données de référence et des données à mi-parcours sur 70 sites d'intervention et 25 sites témoins, comme suit : a) en menant une enquête de référence et une enquête à mi-parcours auprès d'un échantillon randomisé de ménages (référence n = 4 099 femmes et 3 192 hommes; mi-parcours n = 3 450 femmes et 3 193 hommes); b) en recueillant des statistiques d'utilisation des services dans les établissements de santé locaux; et c) en menant des entrevues semi-structurées avec des femmes, des hommes, des jeunes, des chefs de village, des responsables de la santé et des autorités locales. L'évaluation a mesuré les « résultats habilitants » au niveau individuel, familial et communautaire. Au niveau familial, les résultats constatés comprennent une réduction de la violence domestique et un accroissement de la satisfaction concernant la sexualité, de la participation des femmes aux décisions, et de la mobilité sociale et géographique des femmes. Les constats quantitatifs ont été complétés par une somme considérable de données qualitatives.

L'enquête a constaté que les attitudes et les pratiques reflétant l'égalité des sexes avaient augmenté notablement dans les communautés d'intervention comme dans les communautés témoins (14 indicateurs sur 15 contre 12 indicateurs sur 15). L'usage des services de santé reproductive a également augmenté de 100 à 400 % en l'espace d'un an sur les sites d'intervention, contre une progression de 39 à 51 % dans les communautés témoins. Les évaluateurs ont noté que le projet coïncidait avec une période d'investissements substantiels par le ministère de la Santé et qu'il était donc

difficile d'isoler les effets attribuables au projet. Toutefois, les données qualitatives font apparaître des différences plus marquées entre les sites d'intervention et les sites témoins. Ces constats suggèrent que ReproSalud a induit des changements remarquables dans les relations sociales et le comportement masculin dans les communautés. Les répondants se sont longuement étendus sur la réduction de la consommation d'alcool, de la violence domestique et des rapports sexuels forcés dans tous les villages sites d'interventions.

Source : Extrait de Morrison, Ellsberg, and Bott, 2004; accès par Bott, s.d.

- La prise en compte de la violence à l'égard des femmes et des filles par l'intermédiaire des services de santé reproductive est également une stratégie de prévention essentielle. Ces services offrent un moyen idéal de détecter les femmes et les filles vivant avec la violence ou exposées à de graves risques de violence, et de les conseiller ou de les aiguiller vers des services qui pourront leur éviter d'être victimes de la violence ou de travailler avec elles pour éviter les récurrences.

Exemple : La [Fédération internationale de la planification familiale/Région de l'hémisphère ouest](#) (IPPF/WHR) et l'[Asociación Civil de Planificación Familiar](#) (PLAFAM) du Venezuela ont formulé trois stratégies qui ont été appliquées pour faire face à la violence à l'égard des femmes et des filles dans le cadre des services de santé reproductive. La première stratégie est celle de la formation du personnel. Les prestataires de soins ont été formés à poser des questions pour évaluer la situation de sécurité de la survivante et pour l'aider à élaborer un plan de sécurité. Les cliniciens ont également appris à reconnaître les traces de violence sur le corps lors de l'examen médical, à se montrer réceptifs si une patiente décide de déclarer qu'elle a subi des violences et à fournir à celle-ci des conseils psychologiques et à l'aiguiller vers d'autres services. La seconde stratégie a consisté à élaborer à l'intention des clientes des matériels sur la violence et les sources de soutien, notamment le [Répertoire institutionnel des prestataires de services relatifs à la violence sexiste](#). La troisième stratégie a été celle d'une collaboration avec des alliances communautaires pour demander l'adoption d'une loi contre la violence à l'égard des femmes.

Les pratiques de dépistage systématique ont révélé que plus d'un tiers des clientes avaient été victimes de violences, contre un taux de 7 % seulement détecté précédemment (Guedes et al./Population Council, 2002b).

La PLAFAM a été reconnue par l'Organisation mondiale de la santé en 2000 et par l'IPPF en 2003 et en 2010 pour l'assistance technique qu'elle apporte à trois pays d'Amérique latine en vue de l'intégration des services pour les survivantes de la violence sexiste dans les services de santé sexuelle et reproductive.

Le rapport complet est disponible en [anglais](#).

- Par ailleurs, la présence d'hommes ou d'adolescents qui accompagnent leur partenaire ou leur conjointe dans les établissements de santé reproductive offre une importante possibilité de les associer à la réduction des risques et à la prévention de la violence à l'égard des femmes et des filles (à condition que celles-ci y consentent). Pour de plus amples informations sur les stratégies applicables pour associer les hommes et les garçons à l'élimination de la violence à l'égard des femmes, voir le [module correspondant](#).

1. Services de planification familiale

- De nombreux services de planification familiale comptent des patientes qui ont été exposées aux actes de violence (Watts and Mayhew, 2004). Les femmes ou les jeunes filles ont peut-être eu des rapports sexuels non-protégés sous l'emprise des menaces, des pressions, des sévices ou de la violence sexuelle. La lutte contre la violence à l'égard des femmes contribuera à renforcer l'efficacité des programmes de planification familiale. Si la violence cesse, les femmes auront un plus grand choix de méthodes contraceptives à utiliser, seront mieux placées pour négocier avec leur partenaires masculins l'utilisation du préservatif, et, en règle générale, auront plus de chances de traiter d'égal à égal avec leurs partenaires sur le choix des moyens reproductifs.
- Le dépistage médical qui indique que des femmes qui ont des rapports sexuels non-protégés ne souhaitent pas avoir d'enfant devrait déclencher un signal d'alarme, les femmes victimes de violences sexuelles de la part de leurs partenaires ayant généralement moins de pouvoir de contrôle sur l'utilisation de moyens contraceptifs (Cripe et al., 2008). Les victimes qui ont accès aux services de planification familiale devraient pouvoir recevoir des injections hormonales pour utiliser des méthodes contraceptives à l'insu de leurs partenaires (Gee et al., 2009).
- Les services de soins pour la stérilité devraient également procéder aux tests de [dépistage](#) de la violence à l'égard des femmes. Dans la plupart des sociétés la fécondité est très prisée, et, dans ces conditions, les femmes qui souffrent de stérilité risquent de subir des violences de la part de leurs maris, ou des membres de sa famille (Yildizhan et al., 2009).

- La mobilisation des hommes comme partenaires dans le cadre des services de planification familiale peut également constituer un point de départ efficace à l'établissement de relations respectueuses entre les sexes et à l'élimination de la violence entre partenaires intimes.

2. Programmes de santé maternelle et infantile

- Les conséquences nocives de la violence à l'égard des femmes enceintes et leurs nourrissons, conjuguées aux taux de violence élevés envers les femmes enceintes ou en période postpartum dans de nombreux pays, plaident vigoureusement pour des dépistages réguliers de violences entre partenaires intimes dans les services de santé maternelle et infantile. On estime qu'une femme sur quatre subit des violences physiques ou sexuelles pendant la grossesse (Heise et al., 1999).
- Une analyse des interventions dans les centres de consultations prénatales aux États-Unis pour dépister et éliminer la violence a indiqué que deux groupes de femmes enceintes qui ont reçu soit des fiches d'orientation ou des dépliants d'informations sur la violence, soit un accompagnement psychologique ou un encadrement pendant leur grossesse, ont signalé après quelques mois une diminution des niveaux de violence physique. Des résultats analogues pour les deux groupes ont incité les évaluateurs à conclure que l'analyse des dépistages était probablement le meilleur moyen de prévention de la violence contre les femmes enceintes. Cet exercice prouve à la victime que la violence est un acte grave qui est pris au sérieux par le prestataire de soins de santé, et qu'elle peut bénéficier d'une assistance en cas de besoin (Macfarlane et al., 2000, cité dans Haider, 2009).
- La période de grossesse et de postpartum est propice à l'identification et à l'aide aux victimes de la violence car le personnel médical est amené à revoir plusieurs fois ses patientes (Macy et al., 2007). Le test de dépistage administré par des prestataires qualifiés peut se réduire à l'utilisation d'un simple protocole [d'évaluation de la violence](#) pendant la prestation de soins prénatals.
- Les [adolescentes](#) en particulier devraient être considérées comme des cas à haut risque de violence et soumises à un dépistage conséquent (Reichenheim et al., 2008), ainsi que les femmes qui ont fait des fausses couches (de Bruyn, 2003).

- Dans les cas où les soins sont dispensés par des sages-femmes ou des accoucheuses traditionnelles de la communauté, celles-ci devraient recevoir une formation en dépistage précoce de la violence et en orientation des victimes vers les services d'appui.

Exemple: Les accoucheuses brisent les interdits culturels liés au viol (Mauritanie)

Les accoucheuses et les imams ont contribué à briser les interdits culturels liés au débat public sur le viol en Mauritanie. Avant 2003, les victimes des viols en Mauritanie étaient jetées en prison alors que leurs auteurs étaient laissés en liberté. Les efforts pour corriger cette injustice flagrante et mobiliser l'opinion sur la question du viol en général ont démarré au niveau local, lorsque quatre sages-femmes mauritaniennes, lassées d'entendre les récits de leurs patientes, ont décidé de passer à l'action. Avec le soutien du FNUAP, les premières statistiques nationales sur la violence sexuelle ont été collectées et un organisme a été mis en place pour répondre aux innombrables besoins des victimes. La levée des interdits qui entourent le débat sur le viol a été la première étape dans les efforts pour régler ce problème. Des imams locaux ont prêté leur concours à cette initiative, convainquant les responsables politiques, les magistrats, les représentants de la force publique et les membres de la communauté que la protection des femmes et l'atténuation de leurs souffrances constituaient un devoir religieux.

Voir la brève [vidéo](#) sur cette initiative.

Source: extraits de [Ending Violence Against Women : Programming for Prevention, Protection and Care](#) FNUAP 2006, p.72

Exemple: Réduction des causes sociales de la morbidité et de la mortalité maternelle au Chiapas (Mexique)

Le [Fonds pour la prévention de la violence familiale](#) et [Asesoría, Capacitación y Asistencia en Salud](#) se sont associés pour formuler une réponse sanitaire coordonnée aux actes de violence perpétrés pendant la grossesse afin de réduire le nombre des cas de morbidité et de mortalité chez les femmes enceintes et leurs nourrissons. Les stratégies élaborées à cette fin incluent: une formation au niveau régional de prestataires de services de santé et d'accoucheuses traditionnelles leur permettant d'identifier et d'aider les femmes maltraitées pendant leur grossesse, la production d'un module et d'une vidéo de formation adaptés sur les plans culturel et linguistique pour les femmes autochtones du Mexique, la facilitation des contacts entre les centres de santé structurés et les prestataires de soins locaux non-professionnels, l'élaboration et l'application d'un protocole relatif au dépistage et à l'intervention en cas de violence pendant la grossesse, et l'identification et l'évaluation de pratiques prometteuses susceptibles d'être reproduites ailleurs qu'au Mexique.

Pour de plus amples renseignements, veuillez consulter le [site web](#).

Source: extraits de “[Addressing Gender-Based Violence From the Reproductive Health/HIV Sector: A Literature Review and Analysis](#)” de A. Guedes, 2004. Washington; USAID Interagency Gender Working Group, p.43.

3. Examens gynécologiques réguliers

- Les femmes qui ont subi des violences physiques ou sexuelles de la part de leurs partenaires intimes sont généralement trois fois plus susceptibles de présenter des symptômes de morbidité gynécologique (Campbell, 2002). D'autres pratiques traditionnelles, comme les mutilations et/ou excisions génitales féminines, l'assèchement vaginal, entre autres, peuvent également provoquer des douleurs chroniques attribuables à des problèmes gynécologiques.
- Étant donné que les femmes sont souvent gênées de révéler des incidents violents, en particulier avec un partenaire intime, les prestataires de services devraient recevoir une formation leur permettant d'explorer l'hypothèse de la violence lorsque leurs patientes souffrent de problèmes gynécologiques récurrents comme des infections de l'appareil génital. Les examens pelviens doivent également permettre de constater des lésions vaginales ou anales, ou des ecchymoses dans les parties génitales, et d'entraîner des questions posées de manière délicate et rassurante pour encourager les femmes à obtenir une aide contre la violence sexuelle et à se sortir d'une relation violente si elle en décide ainsi.

4. Services d'avortement médicalisé

- Dans les pays où l'avortement est légal, le personnel soignant qui pratique cet acte devrait systématiquement procéder à des tests de dépistage de la violence à l'égard des femmes. Certaines femmes qui ont été victimes de viol présenteront ce crime comme la raison pour vouloir se faire avorter, surtout dans les pays où les possibilités d'avortement sont limitées et le viol en constitue l'une des causes légales. Même dans des cas où les femmes ne font pas état de violences, le test de dépistage reste nécessaire du fait que certaines femmes souhaitent se faire avorter pour ne plus avoir d'enfants avec un partenaire violent, ou parce qu'elles ont été victimes de viols, de violences sexuelles ou d'incestes qu'elles sont trop gênées de divulguer.

Instruments de référence :

- ***Abuse during Pregnancy: A Protocol for Prevention and Intervention, 2nd Edition*** (J. McFarlane, B. Parker, and B. Cross, 2002). Ce module vise à aider les infirmières et les infirmières sages-femmes à prévenir et à faire cesser la violence, et à assurer la sécurité et le bien-être des femmes enceintes. Disponible en [anglais](#).
- ***Tools for Improving Maternal Health and Safety*** (Fonds pour la prévention de la violence familiale). Ce [site web](#) ouvre l'accès aux informations relatives aux dynamiques de la violence familiale, à l'exécution d'un programme sur la violence familiale dans le cadre des services de santé, à des outils de formation, à du matériel éducatif et à des liens avec d'autres ressources en anglais et espagnol.
- ***Violence and Maternal Health in Multicultural Contexts*** (Asesoria, Capacitación y Asistencia en Salud; Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Mexico). Voir la présentation en [power point](#) et accéder aux outils et enregistrements audio sur le [site web](#) du Family Violence Prevention Fund (Fonds pour la prévention de la violence familiale).

Instruments supplémentaires:

- « **Basta!** » (Fédération internationale pour la planification familiale/Hémisphère occidentale). Vidéos et outils sur la violence sexiste destinés aux prestataires de services de santé qui s'intéressent aux questions de santé sexuelle et reproductive. Disponible en [anglais](#) et [espagnol](#).
- ***Addressing Gender-based Violence from the Reproductive Health/HIV Sector: A Literature Review and Analysis***. Washington: USAID, Bureau for Global Health (A. Guedes, 2004). Disponible en [anglais](#).
- ***Services de santé reproductive et violence par un partenaire intime: élaboration d'une réponse pragmatique en Afrique subsaharienne*** (C. Watts and S. Mayhew, 2004). *International Family Planning Perspectives* 30, no. 4, 207-13. Disponible en [anglais](#), [espagnol](#) et [français](#).
- ***Delivering Post-rape Care Services: Kenya's Experience in Developing Integrated Services*** (N. Kilonzo, SJ Theobald, E. Nyamato, C. Ajema, H. Muchela, J. Kibaru, E. Rogena, M. Taegtmeyer, 2009). *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé* 87, no. 7: 555-9. Disponible en [anglais](#).
- ***The Refentse Model for Post-Rape Care: Strengthening Sexual Assault Care and HIV Post-Exposure Prophylaxis in a District Hospital in Rural South Africa*** (J.C. Kim, I. Askew, L. Muvhango, N. Dwane, T. Abramsky, S. Jan, E. Ntlemo, J. Chege et C. Watts/Conseil de population, 2009). Disponible en [anglais](#).
- ***Violence, Pregnancy and Abortion – Issues of Women's Rights and Public Health*** (De Bruyn/M. Ipas, 2003). *IPAS*. Disponible en [anglais](#).

- ***Inter-agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings*** (Interagency Working Group, 2010). Disponible en [anglais](#) et [espagnol](#).
- ***An Evaluation of Interventions to Decrease Intimate Partner Violence to Pregnant Women*** (J. McFarlane, K. Soeken and W. Wiist, 2000). *Public Health Nursing*, Vol. 17, No.6, 443- 451. Disponible en [anglais](#).

Relier le VIH et le sida aux activités programmatiques sur la violence à l'égard des femmes.

Saisir les corrélations entre le VIH et le sida et la violence à l'égard des femmes

- Depuis l'émergence du VIH et du sida il y a plus de 25 ans, le pourcentage des personnes séropositives de sexe féminin est en hausse dans le monde. La "féminisation" de l'épidémie a abouti au fait qu'il y a plus de femmes que d'hommes vivant avec le VIH. En Afrique subsaharienne, les jeunes femmes de 15 à 24 ans sont huit fois plus susceptibles d'être séropositives que les hommes. Pour l'ensemble de l'Asie, les femmes représentent un pourcentage croissant des personnes infectées au VIH, ayant passé de 21% en 1990 à 35% en 2009 ([ONUSIDA](#), 2010).
- Des études indiquent invariablement un rapport statistique entre le nombre d'actes violents et l'infection au VIH :
 - Dans toutes les situations dans les différents pays, les femmes victimes de violence conjugale étaient plus de deux fois susceptibles d'être à risque de VIH / IST par rapport à ceux qui n'ont pas d'antécédents de violence conjugale (Devries K et al., 2010).
 - En Inde, les femmes ayant subi des violences physiques et sexuelles de la part de leurs partenaires intimes étaient trois fois plus susceptibles d'être séropositives au VIH que celles qui n'en ont pas été les victimes (Silverman, 2008);
 - Au Rwanda, les femmes qui avaient été forcées par leurs partenaires masculins d'avoir des relations sexuelles étaient 89% plus susceptibles d'être séropositives au VIH (A. van der Straten et al. 1995 et 1998);
 - En Afrique du Sud, les femmes sollicitant des traitements prénatals réguliers qui avaient subi des violences physiques ou sexuelles étaient 53% plus susceptibles de tester séropositives au VIH, et celles qui étaient les plus brimées dans leurs relations personnelles 56% plus de chances (Dunkle, 2004);

- En République-Unie de Tanzanie, les femmes sollicitant des tests de dépistage volontaire et des services de consultation qui avaient été victimes de violences étaient également plus susceptibles d'être séropositives au VIH; chez les femmes de moins de 30 ans, celles qui avaient subi des violences étaient environ 10 plus susceptibles d'être séropositives (Maman, 2009).
- Pour des statistiques supplémentaires, veuillez consulter le [Global AIDS Alliance Fact Sheet 2009](#).
- Malgré l'attention accrue accordée depuis quelques années aux corrélations entre le VIH et le sida et la violence à l'égard des femmes, les éléments d'appréciation restent rares en raison de l'absence de données dans ce domaine (Harvard School of Public Health, 2009). Cette lacune est en bonne partie imputable à la nature des questions fondamentales que pose la double pandémie du sexe et de la violence (CWGL, 2006). Dans de nombreux pays, les questions liées au sexe et à la violence sont jugées personnelles, ne relevant ni de la communauté ni des pouvoirs publics. Le silence qui entoure généralement cette double pandémie complique l'accès des femmes aux informations et aux services de traitement, de soins et de prévention du VIH et de la violence. Ce phénomène rend à son tour difficile la tâche de collecter des données précises sur l'intersection des deux pandémies (CWCL, 2006).

Le Fonds d'affectation spéciale des Nations Unies pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes participe au financement des activités d'évaluation et d'apprentissage sur la corrélation entre la violence à l'égard des femmes et le VIH

Le manque d'éléments d'appréciation sur les méthodes efficaces de lutte contre la violence à l'égard des femmes et le VIH a incité le Fonds d'affectation spéciale des Nations Unies à offrir en 2005 et 2006 des subventions destinées à financer des propositions sur la réduction de la double pandémie du VIH et du sida et de la violence à l'égard des femmes. Avec le généreux concours de Johnson & Johnson, le Fonds d'affectation spéciale de l'ONU a lancé une initiative d'apprentissage révolutionnaire avec sept des candidats acceptés, qui ont été réunis dans le cadre d'une classe d'apprentissage chargée de développer et de présenter des méthodes efficaces dans trois principaux domaines d'activités ciblant les intersections, à savoir: 1). comprendre et infléchir les connaissances, les attitudes et les pratiques des hommes et des femmes; 2). améliorer les services et réduire les obstacles en matière de consultation et de traitement; 3). Poser les fondations– contribution de la recherche.

Les sept projets suivants ont reçu des subventions:

[Breakthrough](#) (Inde) – *At the Intersection of Gender-Based Violence – Empowering Women against HIV/ AIDS, and the Stigma and Discrimination Resulting from Infection.*

[Equal Access](#) (Népal) - *A Grassroots Call to Action to End Stigma and Discrimination on Violence against Women and HIV/AIDS Using the Voices of affected Women.* Voir l'analyse de l'impact et visionner une [vidéo](#) sur ce projet.

[Raks Thai Foundation](#) (Thaïlande) – *Supporting HIV-affected Women to Reduce and Respond to Sexual Violence (SHAW)*

[Civil Resource Development and Documentation Centre](#) (Nigéria) – *Bridges to End Gender- Based Violence as Strategy for HIV/AIDS Prevention & Stigma Reduction.* Visionner une [vidéo](#) sur leurs activités.

[Collectiva Mujer y Salud](#) (République dominicaine) – *Reducing the Risk and Vulnerability of Women to HIV/AIDS and Violence on the Dominican-Haitian Border*

[Women's Affairs Department, Ministry of Labour and Home Affairs, Government of Botswana](#) – *Reducing the Twin Pandemics of Violence against Women and HIV/AIDS*

[Institute of Gender and Developpement Studies](#) (Trinité-et-Tobago) – *Breaking the Silence: Child Sexual Abuse and HIV Infection: A Multi-Sectoral Intervention.*

L'initiative souligne l'importance du suivi et de l'évaluation pour produire des éléments de preuve tirés de l'ensemble des projets permettant leur adaptation et reproduction à plus grande échelle. À cette fin, la classe d'apprentissage a été encadrée dès les premières phases de planification et d'élaboration programmatiques par les meilleurs experts de PATH (Program for Appropriate Technology in Health de Washington) qui ont collaboré au développement de l'état de référence initial, à la sélection d'indicateurs et d'outils d'enquête, et à l'élaboration de programmes de suivi et d'évaluation, avec le concours continu adapté et les visites sur les sites des projets par les membres du Secrétariat du Fonds d'affectation spéciale de l'ONU et les services d'experts de l'UNIFEM en matière de VIH.

Le Fonds d'affectation spéciale a financé d'autres projets visant à renforcer les éléments d'appréciation des corrélations, en particulier la [recherche](#) menée par la [Fundación para studio e Investigación de la Mujer](#) en Argentine, au Brésil, au Chili et en Uruguay sur la féminisation du VIH. Voir une [vidéo](#) sur leurs activités.

Apprenez davantage sur ces initiatives et autres initiatives qui bénéficient du soutien du Fonds d'affectation spéciale des Nations Unies pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes en consultant le [site web](#).

- Un nombre croissant de données donne néanmoins à penser que **la violence à l'égard des femmes est liée à l'augmentation du risque de VIH**. Les données font ressortir pour l'essentiel:
 - un chevauchement marqué dans la prévalence;
 - la violence par le partenaire intime comme facteur de risque d'infection au VIH chez les femmes et les hommes;
 - la victimisation violente passée et présente comme facteur aggravant de comportements à risque liés au VIH;
 - la violence ou peur de la violence par un partenaire intime comme obstacle ou conséquence des tests de dépistage pour le VIH;
 - la peur de la violence par le partenaire comme obstacle à l'accès et à l'utilisation des services de prévention de la transmission materno-fœtale (TMF);
 - la violence par le partenaire comme un facteur de risque d'infections sexuellement transmises (IST), qui contribue à augmenter le taux d'infections au VIH;
 - les femmes avec des partenaires violents sont moins susceptibles de pouvoir négocier l'utilisation du préservatif et plus exposées aux violences lorsqu'elles le font;
 - la violence économique peut aggraver les risques de contraction du VIH en accentuant les inégalités entre les sexes et la vulnérabilité des femmes;
 - Les nombreuses conséquences sanitaires négatives liées à la violence par le partenaire intime affaiblissent les systèmes immunitaires des femmes d'une manière qui aggrave les risques d'infection au VIH;
 - Les hommes violents sont plus susceptibles d'avoir d'autres partenaires sexuels à l'insu de leurs femmes;
 - les femmes qui ont subi des violences sexuelles dans leur enfance sont plus susceptibles d'adopter des comportements à risque en matière de VIH dans leur adolescence ou âge adulte.

Sources : extraits de Kimberly A. Scott, *Rapporteur*, Planning Committee for a Workshop on [Violence Prevention in Low- and Middle-Income Countries](#), 2008. Institute of Medicine; Harvard Violence Prevention School of Public Health, 2009. Projet de rapport final; [Devries et al.](#), 2010; Maman, personal communication, 2010; et OMS/ONUSIDA, 2010).

Type de violence	RISQUE DE VIH
Agression sexuelle	<p>L'agression sexuelle augmente directement ou indirectement les chances des femmes et des jeunes filles d'être exposées au VIH. Directement, l'agression sexuelle peut provoquer des traumatismes et des déchirures tissulaires qui facilitent l'infection au VIH. Ce phénomène est particulièrement prononcé chez les jeunes femmes et jeunes filles dont les appareils reproductifs ne sont pas tout à fait formés (CWGL, 2006). Indirectement, la menace de l'agression sexuelle diminue les chances des femmes de pouvoir négocier l'utilisation du préservatif ou de refuser purement et simplement des rapports sexuels (Black, 2001 cité dans Ward et al., 2005; USAID et UNICEF, 2005). L'agression sexuelle peut également contribuer à l'adoption ultérieure de comportements à risques en matière de VIH, comme des rapports sexuels non-protégés, des partenaires multiples, la consommation de drogues et des activités dans l'industrie du sexe (Ward, 2008). En outre, dans de nombreux cas, la stigmatisation attachée au fait d'avoir été agressées sexuellement peut dissuader les femmes de faire appel aux soins, notamment une prophylaxie post-exposition (CWGL. 2006).</p>
Coercition sexuelle	<p>Les jeunes filles dont les premiers rapports sexuels ont été forcés sont plus susceptibles d'être séropositives (Harvard School of Public Health, 2009). Dans le monde, 7 à 48% des jeunes femmes et jeunes filles affirment que leurs premiers rapports sexuels ont été forcés (Krug et al., éd. 2002, Reza et al./CDC et UNICEF, 2008; et OMS/ONUSIDA, 2010). À l'instar de l'agression sexuelle, la coercition sexuelle sous-tend le plus souvent des rapports de force inégaux, qui affaiblissent le pouvoir de décision des femmes sur l'utilisation du préservatif ou d'autres moyens de protection contre l'infection au VIH. Dans certaines régions du monde, des « papas gâteaux », hommes plus âgés qui entraînent des jeunes filles dans des relations sexuelles en échange de repas, argent ou cadeaux, préfèrent exploiter celles qu'ils croient vierges et donc séronégatives au VIH (Ward, 2008). Dans la mesure où ces hommes n'utilisent aucune protection, ils font courir aux filles des risques de VIH. Les adolescentes qui ont eu des relations sexuelles forcées sont également plus susceptibles d'ignorer l'utilisation des moyens contraceptifs et d'avoir des grossesses non-désirées.</p>
Violence du partenaire intime	<p>Dans les cas de violence entre partenaires intimes, l'inégalité des rapports de force dans la relation sexuelle est liée au risque de transmission du VIH (Jewkes et al., 2010). Par exemple, lorsque la violence d'un partenaire intime est présente, la peur de cette violence ou de sévices peut dissuader les femmes de négocier des rapports sexuels protégés, même si elles soupçonnent leur partenaire d'être séropositif. Cette attitude est particulièrement risquée dans la mesure où les hommes violents sont plus susceptibles que les hommes non-violents d'avoir plusieurs partenaires sexuels, d'être infidèles et de</p>

	<p>présenter des signes d'infections sexuellement transmissibles (IST) (Dunkle et al., 2005 & Martin et al., N.d. cités dans Makunda, 2009). Une étude qui a utilisé des données recueillies dans 96 pays a indiqué que les femmes qui ont subi des violences de la part de leurs partenaires intimes étaient deux fois plus susceptibles de contracter le VIH (Watts cité dans Hale et Vasquez/ Development Connections, Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/sida et ONU-Femmes, 2011).</p>
Mariage précoce	<p>Les facteurs biologiques rendent les jeunes épouses plus exposées physiquement que les femmes plus mûres au risque de contracter des infections sexuellement transmises, notamment le VIH, par un partenaire infecté – danger qui est aggravé par le fait que les jeunes femmes semblent encore moins susceptibles que les femmes plus mûres de pouvoir négocier des relations sexuelles sans risques (Ward, 2008). Une étude menée au Rwanda indique que 25% des jeunes filles qui sont tombées enceintes à 17 ans ou moins étaient infectées au VIH, bien que la plupart aient déclaré n'avoir eu des rapports sexuels qu'avec leurs maris. D'après l'étude, plus les rapports sexuels et la première grossesse étaient précoces, plus l'incidence de l'infection au VIH était élevée (extraits de l'USAID et de l'UNICEF, 2005, p.9, citant l'UNICEF 2004 dans Black, 2001 cité par Ward et al., 2005). Par ailleurs, une étude réalisée en Ouganda a fait ressortir que des filles séropositives de 13 à 19 ans étaient deux fois plus susceptibles d'être mariées que les filles du même âge séronégatives (Otoo-Oyortey et Pobi, 2003 cité par Ward et al., 2005).</p>
Traite d'êtres humains	<p>Les épidémies d'infections sexuellement transmises, notamment le VIH, ont augmenté la demande de rapports sexuels avec des enfants, qui sont censés être moins infectés que les adultes. Malgré l'absence de données sur le risque de transmission du VIH lié à la traite des êtres humains, il ne fait pas de doute que l'exploitation sexuelle est un facteur de haut risque de VIH (Ward, 2008).</p>
Mutilation/Excision génitales féminines	<p>Les mutilations ou excisions génitales féminines peuvent également contribuer à aggraver risques d'infection au VIH chez les jeunes filles et les femmes. Cela se produit en cas d'utilisation d'instruments non stérilisés pour procéder à ce type d'intervention et aussi parce qu'une vulve marquée par des cicatrices ou asséchée d'une femme qui a subi une mutilation génitale est plus susceptible de se déchirer pendant les rapports sexuels, ce qui facilite la transmission par un partenaire infecté (Centre pour les droits reproductifs, 2005, cité dans Ward, 2008). Plus de trois millions de jeunes filles courent tous les ans le risque de mutilations et/ou d'excisions génitales féminines (OMS, 2008a).</p> <p>Pour des statistiques par pays sur les mutilations et/ou excisions génitales féminines veuillez consulter: Le Multiple Indicator Cluster Survey (UNICEF), the Demographic and Health Services (MEASURE), et Female Genital</p>

Mutilation/Cutting: Data and Trends ([Population Reference Bureau, 2010](#)).

Pour de plus amples renseignements et outils destinés aux professionnels de la santé sur les mutilations et/ou excisions génitales féminines, veuillez consulter la page du site web de l'Organisation mondiale de la santé sur la [Mutilation génitale féminine et autres pratiques nuisibles](#).

Autres traditions nuisibles

Certaines pratiques traditionnelles dans le monde qui encouragent et exacerbent la violence à l'égard des femmes peuvent également contribuer à la transmission du VIH. Ces pratiques incluent:

- *La polygamie*, qui signifie qu'une personne a plus d'une femme ou d'un mari. Dans la plupart des régions du monde, la forme la plus courante de polygamie est la polygynie, lorsqu'un mari a plusieurs épouses. Des rapports sexuels non-protégés avec plusieurs partenaires concomitants est un facteur avéré de risque de transmission du VIH et, dans les cas de polygynie, il est probable que le mari n'utilise pas de préservatif avec ses femmes.
- *Le lévirat*, qui signifie qu'une veuve est offerte à un homme de la famille du mari décédé. Les cas de lévirat impliquent normalement des rapports de force inégaux qui obligent les femmes à accepter cette pratique. Cette impuissance contribue à accroître les risques d'agression sexuelle et de rapports sexuels forcés. Ce déséquilibre des pouvoirs réduit également la marge de manœuvre d'une femme dans l'utilisation du préservatif ou d'autres moyens de protection de l'infection au VIH.
- *La purification des veuves* signifie que les femmes qui viennent de perdre leurs maris sont forcées d'avoir des rapports sexuels avec une personne de la famille du mari décédé ou de la communauté en guise de purification après la mort. Cette pratique encourage des rapports sexuels non-protégés. Elle contribue à augmenter les facteurs de risques d'infection au VIH en exploitant l'inégalité des rapports de force qui contraint les femmes à suivre cette pratique et en favorisant les rapports sexuels non-protégés.

Discrimination législative en matière de biens fonciers et de succession

Dans certaines régions du monde, le droit à la propriété est communément transmis par voie patriarcale. Cela implique que même les femmes qui héritent des biens en bonne et due forme courent le risque d'être chassées ou dépossédées par la famille élargie (Ward, 2008). Les conséquences du VIH et du sida, comme par exemple la mort prématurée d'un mari, risquent d'accélérer

	<p>le déshéritement et la dépossession. Cette pratique est particulièrement préjudiciable pour les veuves et leurs enfants du fait que la vulnérabilité économique qui s'en suit peut les placer dans des situations de risques de transmission. À titre d'exemple, les jeunes orphelines du VIH qui deviennent chefs de famille risquent de plonger dans l'industrie du sexe pour survivre ou subvenir aux besoins de leurs frères et sœurs (Fleishman, 2002).</p>
<p>Discrimination dans l'éducation</p>	<p>Le manque d'éducation semble avoir une incidence sur l'exposition féminine au VIH: une étude indique en effet que les femmes ayant au moins une formation scolaire élémentaire sont trois fois plus susceptibles que les femmes sans aucune instruction de savoir que le VIH est transmis de la mère à l'enfant. L'étude souligne également qu'en règle générale, les diplômées d'études secondaires tendaient à prendre moins de risques liées au VIH, à utiliser plus fréquemment le préservatif dans leurs relations sexuelles et à avoir moins de partenaires sexuels que les diplômées d'études élémentaires (Banque mondiale, 2002, et Bolder et Hargreaves, 2006 dans Action Aid, 2007 cité dans Ward, 2008).</p>

- De même que la violence à l'égard des femmes peut contribuer à aggraver leurs risques de transmission du VIH, **l'infection au VIH peut contribuer à aggraver les risques de violence à l'égard des femmes** et à empirer les conséquences des autres formes de discrimination à leur encontre. Une étude réalisée dans quatre pays de la région Asie-Pacifique a conclu que les femmes séropositives risquent bien plus que les hommes de subir la discrimination, des actes de violence et d'être chassées par la force de leurs foyers (Amnesty International, 2004, cité dans CWGL, 2006). De nombreuses femmes dans le monde ont signalé avoir subi différentes formes de violence pour avoir divulgué leur séropositivité, et même pour avoir révélé qu'elles avaient passé un test pour VIH (Harvard School of Public Health, 2006). La crainte de ce type de conséquences peut dissuader les femmes de passer un test de dépistage, de divulguer leur condition ou de solliciter des soins et de l'aide.
- Les femmes séropositives au VIH se heurtent à de nombreuses formes de violence causée par leur condition – violences physiques, psychologiques et économiques. En outre, elles risquent d'être bannies ou rejetées par leur famille ou communauté, chassées de leur maison et dépossédées de leurs biens, interdites de contact avec leurs enfants et forcées à se faire stériliser, maltraitées par les prestataires de service, privées de moyens de subsistance et d'opportunités d'emploi, et soumises aux exactions policières, notamment l'extorsion (Hale et Vasquez, 2010).

Pour voir et entendre les expériences des femmes séropositives, visionner les [vidéos](#) produites par Salamander Trust.

Compte tenu des intersections reconnues des pandémies de la violence à l'égard des femmes et du VIH et du sida, il est évident que l'intégration des stratégies de prévention et d'intervention doit s'opérer selon un **processus à double sens** aux termes duquel:

- a). Les programmes anti-VIH intègrent les interventions contre la violence à l'égard des femmes; et**
- b). Les services contre la violence à l'égard des femmes intègrent les interventions anti-VIH.**

Exemple: **The United States President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR)** (Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida) a été mis en place en 2003 et constitue, à ce jour, l'entreprise la plus ambitieuse jamais lancée par un pays pour lutter contre une seule maladie. Dans ses cinq premières années de fonctionnement, le plan s'est efforcé de formuler et d'appliquer à grande échelle une série de programmes de soins et de traitements de prévention dans les régions à revenus faibles. Conscient de l'importance de solutions à la problématique hommes-femmes pour réduire l'exposition des femmes et des hommes à l'infection VIH, le Plan d'urgence du Président des États-Unis intègre les questions relatives à l'égalité des sexes dans les cinq domaines stratégiques sexospécifiques interdépendants suivants: 1). Rétablir la parité des sexes dans les programmes et services contre le VIH et le sida; 2). Réduire la violence et la coercition; 3). [Remédier aux normes et comportements masculins](#); 4). Renforcer les moyens de protection juridique des femmes et 5). Élargir l'accès des femmes aux revenus et aux ressources productives.

Voir [la stratégie de cinq ans](#) (2009-2014) du Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida.

Voir le Rapport 2006 sur la [Violence liée au sexe et le VIH et le sida](#).

Entre 2007 et 2010, le Plan d'urgence a financé une initiative visant à consolider une base de données factuelles et à améliorer les services relatifs à la violence sexuelle et sexiste au Rwanda, en Afrique du Sud et en Ouganda. Pour de plus amples renseignements sur cette initiative, veuillez consulter un [sommaire](#) réalisé par AIDSTAR-One et [l'esquisse du projet](#) produit par le Conseil de population, le partenaire d'exécution.

Télécharger l'étude initiale de référence, les rapports et les outils connexes à cette initiative du [site web](#) du Conseil de population.

En 2010, le Plan d'urgence a engagé 30 millions de dollars supplémentaires pour l'expansion d'un programme de prévention de la violence sexiste en République démocratique du Congo, au Mozambique et en Tanzanie.

Voir la violence sexiste et le VIH: leçons à tirer de l'initiative PEPFAR en Tanzanie. 2012, par le Centre d'études stratégiques et internationales. Disponible en [anglais](#).

Source: extraits du [site web](#) du Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida et de [AIDSTAR-One](#).

Étude de cas: Le *Liverpool Voluntary Counseling, Care and Treatment (LVCT)* au Kenya aborde les intersections

LVCT est une organisation non gouvernementale qui anime les efforts d'intégration des interventions en faveur de l'égalité des sexes et contre la violence à l'égard des femmes dans les politiques et programmes nationaux sur le VIH/sida au Kenya, notamment par le développement, l'application, l'évaluation et l'expansion des services de soins intégrés pour les cas de viol.

La phase initiale d'analyse de la recherche opérationnelle a permis de constater l'incapacité des services communautaires de soins pour les cas de viol à comprendre les différences entre des rapports sexuels forcés, contraints et consensuels, l'absence d'un cadre de réglementation, de grandes orientations ou de mécanismes de documentation normalisée, des incohérences dans les prestations de services médicaux et de soutien psychosocial et un faible niveau des compétences humaines et techniques.

Cette situation a incité les responsables du programme à définir et à gérer un modèle de soins pour les victimes de viol dans trois hôpitaux départementaux équipés par la VCT. Le modèle comprenait des protocoles pour les examens physiques, la documentation juridique, les méthodes de gestion et de conseils cliniques, les circuits d'orientation des patients et les auxiliaires professionnels, et une trousse médicolégale pour les cas de viol composé d'articles indispensables (prophylaxie post-exposition (PPE), pilule contraceptive d'urgence, et traitement anti-IST), ainsi qu'une trousse de collecte d'indices. Le modèle a également proposé une chaîne de responsabilité pour la transmission des indices, et des outils de collecte et de suivi de données normalisés.

Dans la phase initiale d'évaluation, 84% des 784 victimes traitées dans les trois centres de soins pilotes se sont présentées dans le créneau de 72 heures nécessaire pour recevoir une prophylaxie post-exposition (PPE); 99% des personnes qui y avaient droit

ont reçu des soins. Il est à noter que les victimes qui ont reçu dès le départ un soutien psychologique et des conseils sur le VIH ont été plus disposées à mener à terme le traitement PPE contre le VIH. Ces services ont été développés depuis lors pour offrir des soins intégrés aux victimes de viol dans le cadre des services anti-VIH dispensés dans des centres de santé publique. La gamme des services intégrés comprenait un soutien psychosocial de longue durée, des consultations avant et après les tests VIH, des conseils sur l'observance thérapeutique de la PPE et la préparation de l'interaction avec le système judiciaire pénal.

Un élément important de la campagne pour l'expansion du programme a été la réalisation d'une étude d'évaluation des coûts projetés pour le développement des services dans les contextes et normes politiques existants. Ces évaluations ont fourni la base des pourparlers avec le Ministère des finances et de la planification sur le financement de l'expansion. Les analyses des coûts de production et des bénéfices projetés se sont par conséquent avérées décisives pour convaincre les responsables politiques de financer le lancement du projet.

[Lire plus](#) sur les services de soins pour les cas de viol, le modèle de santé publique.

Télécharger [the National Guidelines on Sexual Violence](#) (Directives nationales sur la violence sexuelle).

Télécharger le [training manual for rape trauma counselors](#) (Manuel de formation à l'intention des conseillers pour les personnes traumatisées par le viol)

Consulter [le site web](#) de LVCT.

Source: extraits de Maman et al., 2006. *Addressing Violence against Women in HIV Testing and Counseling: A Meeting Report*. Genève, Suisse, OMS, p. 17 et *Addressing Violence against Women and HIV/AIDS: What works?* 2010. OMS et ONUSIDA.

Ressources supplémentaires:

- ***Addressing Violence against Women and HIV/AIDS: What Works?*** (OMS et ONUSIDA, 2010). Disponible en [anglais](#).
- ***Gender and HIV/AIDS Web Portal***: ONU-Femmes, en collaboration avec ONUSIDA, a réalisé ce portail web exhaustif consacré aux questions de genre et de VIH et sida pour fournir les dernières informations sur les dimensions sexospécifiques de l'épidémie de VIH/sida. Le site vise à encourager la compréhension, le partage des connaissances et des actions sur le VIH/sida sous l'angle de la sexospécificité et des droits de la personne. Disponible en [anglais](#).

- ***What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions***, lancée par le Open Society Institute (OSI) à la XVIIIe Conférence internationale sur le sida avec des présentations faites par ses auteurs Jill Gay, Karen Hardee, Melanie Croce-Galis et Shannon Kowalski, est une analyse exhaustive de programmes anti-VIH efficaces destinée aux femmes et compilée à partir de quelque 2.000 articles et rapports avec des données de plus de 90 pays. Publié par le Public Health Program de l'OSI, cette ressource riche d'enseignements regroupe, sur un seul site web centralisé consultable, des éléments de preuves de programmations sexospécifiques efficaces tirés de programmes et d'études du monde entier, axés sur le Monde du Sud. Disponible en [anglais](#).
- ***AIDStar-One: AIDS Support and Technical Assistance Resources*** (USAID). Ce site web fournit une base de pratiques prometteuses, notamment des programmes visant à réduire la violence et la coercition. Disponible en [anglais](#).
- ***AIDS Portal*** (UK Consortium on AIDS) (Consortium du Royaume-Uni sur le sida). Ce site web encourage les échanges de connaissances et l'établissement de réseaux pour lutter contre le VIH et le sida, offrant des liens avec la documentation, les ressources, les organisations et les personnes pertinentes. Disponible en [anglais](#) et [espagnol](#).
- ***HIV/AIDS and Gender-Based Violence Literature Review*** (Harvard School of Public Health, Program on International Health and Human Rights, 2006). Disponible en [anglais](#).

Recommandations générales de politiques et de pratiques d'intégration de la violence à l'égard des femmes dans l'élaboration des programmes sur le VIH et le sida

Aperçu général

La diminution de la violence à l'égard des femmes et du VIH nécessite des interventions de longue durée qui s'attaquent aux facteurs structurels, aux inégalités entre les sexes et aux normes sexospécifiques nuisibles, ainsi que des actions plus immédiates axées sur la prévention de la violence et du VIH et la formulation d'interventions adaptées et de qualité.

La mise en application d'une approche intégrée inclut le développement de politiques, de systèmes et de services, ainsi que des mécanismes de prévention et d'intervention contre la violence à l'égard des femmes. Cette section propose un échantillon d'actions dans les domaines clés de la réforme judiciaire et politique, de la réforme des systèmes de santé et de la mobilisation communautaire axées sur la santé. Pour chaque domaine, des

actions d'intégration recommandées sont spécialement désignées à l'attention des responsables de programmes contre la violence et le VIH, ainsi que des intersections – ou points de mutualité, dans la programmation sur la violence et le VIH. Ces points de mutualité représentent des mandats que les programmes sur la violence et sur VIH devront assumer dans leur élaboration.

Malgré le peu d'éléments d'appréciation dont on dispose pour savoir ce qui fonctionne, l'émergence de pratiques prometteuses et l'avis général des professionnels de la santé ont permis de dégager plusieurs pistes clés dans la lutte contre cette double pandémie, qui incluent:

- Des mesures d'exécution à tous les niveaux pour réaliser l'égalité des sexes et prévenir et corriger la violence à l'égard des femmes devront être incorporées comme objectifs prioritaires des programmes et plans nationaux de lutte contre le VIH;
- La prévention, le traitement et les soins en matière de VIH devront inclure une analyse d'impact sur la violence à l'égard des femmes et sur l'inégalité entre les sexes. Les corrélations entre la réduction de la pauvreté, l'amélioration de l'égalité entre les sexes, la diminution de la violence à l'égard des femmes et la recul du VIH devraient être expressément réaffirmées et abordées dans les plans stratégiques pour tous les secteurs pertinents.
- Les plans stratégiques nationaux devraient réaffirmer expressément le rôle de la communauté comme principal moteur de changement.
- Le développement de réseaux régionaux d'organisations et de professionnels de la santé devrait être encouragé, l'accent devant être mis sur l'intégration de l'égalité des sexes et l'élimination de la violence basée sur le genre (VBG) dans l'élaboration des programmes sur le VIH.
- Les méthodes existantes qui se sont avérées efficaces ou prometteuses devraient être adaptées, reproduites et généralisées. Un élément d'évaluation efficace doit y figurer; il est essentiel à la constitution d'une base de données factuelles solide. S'appuyant sur des exemples existants, d'autres interventions pertinentes sur le plan local qui ont pour but de s'attaquer aux facteurs structurels doivent être encouragées et évaluées.
- Ces programmes doivent bénéficier d'un financement continu;
- Les programmes pour la réduction de la violence dans le cadre de la prévention du VIH devront tenir compte de la grande diversité des personnes qui subissent et infligent la violence sexiste;

- L'intégration de la violence sexiste dans l'élaboration des programmes anti-VIH devrait s'opérer en vertu des [principes des droits de la personne](#), et s'attaquer à la stigmatisation et à la discrimination;
- L'accès aux services de soins de qualité et intégrés pour les cas de viol, y compris la prophylaxie post-exposition, devrait être garanti, conformément aux [directives de l'OMS](#);
- Les soins pour les viols devraient être dispensés à partir des nombreux modèles existants fondés sur des preuves et adaptés à une situation donnée, avec des [connexions multisectorielles](#);
- Les jeunes femmes et jeunes hommes doivent être encouragés à participer activement aux campagnes de prévention du VIH qui intègrent concrètement la prévention de la violence sexiste et une approche soucieuse de l'égalité des sexes;
- Des programmes doivent être élaborés pour lutter contre les niveaux élevés de violence et les risques de VIH y relatifs encourus par les adolescents qui vendent du sexe;
- Les programmes doivent reconnaître que les travailleurs du sexe subissent des violences infligées de nombreuses sources, comme les clients, les propriétaires de maisons closes ou autres intermédiaires qui contrôlent l'accès des clients aux travailleurs du sexe ou l'accès des travailleurs du sexe aux clients (contrôleurs) et agents de l'ordre public. Les auteurs de violence incluent également les partenaires de longue date, les parents, les voisins et autres membres de la communauté.
- Les interventions programmatiques ne devraient pas cibler simplement les travailleurs du sexe, mais aussi tous ceux qui s'intéressent aux activités liées au sexe, à la prévention de la violence à l'égard des femmes et du VIH, notamment les agents de la force publique, les clients, les partenaires, les contrôleurs et les familles;
- Des interventions doivent également s'attaquer à la stigmatisation et à la discrimination dont sont victimes les travailleurs du sexe dans la communauté en général, les médias, la législation et les politiques publiques;
- Les programmes devraient comporter un élément de suivi et d'évaluation efficace permettant de renforcer la base de données factuelles nécessaires pour examiner les intersections de la violence à l'égard des femmes et du VIH et du sida;
- Il est important d'analyser l'égalité des sexes et la diminution des incidences de la violence à l'égard des femmes comme un phénomène positif et les indicateurs de résultats liés à la diminution de risques de VIH;
- Il importe également d'analyser l'incidence accrue de la violence à l'égard des femmes comme une possible conséquence nuisible des interventions liées au VIH;

- La préparation des rapports devrait s'améliorer de sorte qu'il existe une méthode systématique d'évaluation de l'ampleur et de la progression ou de la détérioration dans la forme et niveau de violences à l'égard des femmes, notamment les violences physiques.

Source: extraits et légèrement adaptés de [Addressing Violence against Women and HIV/AIDS: What Works?](#) (OMS et ONUSIDA, 2010).

Réforme législative et politique

- Le succès de l'intégration d'actions programmatiques de lutte contre le VIH et le sida, et la violence à l'égard des femmes, est subordonné à l'engagement sans réserve des pouvoirs publics de protéger et d'encourager le respect des droits des femmes pour ce qui est de la violence et de la prévention, du traitement et des soins du VIH/sida, notamment dans les domaines suivants:

Recommandations politiques			
	Violence à l'égard des femmes	Violence et VIH	VIH
Réforme juridique et politique	<ul style="list-style-type: none"> • Formuler des stratégies pour garantir une formation sur la violence à l'égard des femmes dans toutes les écoles de médecine et autres programmes éducatifs destinés aux professionnels de la santé, notamment des informations sur les droits à la prophylaxie post-exposition, aux antirétroviraux, etc. • Développer une politique normalisée pour la gestion médicale de la violence sexuelle; • Développer une politique normalisée 	<ul style="list-style-type: none"> • Élaborer des politiques pour garantir des interventions sanitaires adaptées et cohérentes pour les victimes de la violence, et l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive et aux tests et services de dépistage volontaire pour le VIH pour tous, y compris les moins de 18 ans. • Développer des politiques pour garantir le soutien, la confirmation et la codification des activités des personnels professionnels et para-professionnels qui fournissent des services de santé aux victimes de la violence et aux personnes 	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer une représentation féminine dans les conseils nationaux sur le sida et la constitution de groupes thématiques axés sur les femmes, en collaboration avec ces conseils, et vérifier que les plans d'action des conseils nationaux sur le sida comportent des dispositions pratiques de lutte contre la discrimination et la violence à l'égard des femmes. • Formuler des politiques pour interdire le dépistage obligatoire pour les femmes, y compris les travailleuses du sexe, les femmes incarcérées, etc.

	<p>pour le dépistage des différents types de violence, en particulier l'agression, sexuelle, la mutilation génitale féminine et la violence familiale.</p>	<p>vivant avec le VIH.</p> <ul style="list-style-type: none"> Élaborer des politiques pour faciliter la formation d'un nombre croissant de médecins et infirmiers femmes. 	
--	--	--	--

Source: J. Ward, 2008. "**Designing Programming to Address GBV and HIV in East, Central and Southern Africa: A Framework for Action**", projet de document de travail, FNUAP, Nairobi.

- Une réunion d'organisations d'experts et de représentants de pays organisées par le FNUAP, le PNUD, ONU Femmes, l'ONUSIDA et l'OMS, avec Sonke Gender Justice Network, Hommes Engage, et le Réseau ATHENA a eu lieu à Istanbul, en Turquie (2011). Cette réunion faisait suite à une première consultation tenue l'année précédente au Kenya. Les deux réunions ont été consacrées à l'examen et l'avancement des travaux sur les «Stratégies Intégration à l'adresse de la violence sexiste et de faire participer les hommes et les garçons pour faire progresser l'égalité des sexes à travers des plans stratégiques nationaux sur le VIH et le SIDA." Pour consulter les présentations de cette conférence, plans d'action nationaux et des ressources supplémentaires, voir la page dédiée sur [le site web](#) de Salamander Trust.

Recommandations législatives

La législation devrait aborder directement les questions de violence sexuelle et familiale et de VIH et de sida, en plus des autres sujets relatifs aux droits civils et politiques (mariage, succession, biens) qui peuvent contribuer à la diminution des risques et au renforcement de la protection des femmes de la violence et des dangers de contracter le VIH.

Bien que pénalisées dans certains pays en vue de protéger les femmes, la transmission et l'exposition au VIH constituent non seulement une violation des droits de la personne mais se sont révélées particulièrement préjudiciables aux femmes des manières suivantes:

1. Les femmes seront dissuadées de faire appel aux services de prévention, de traitement et de soins du VIH, notamment le dépistage pour le VIH;
2. Les femmes sont plus susceptibles d'être tenues pour responsables de la transmission du VIH;
3. Les femmes seront plus exposées aux risques de violences et de sévices liés au VIH;

4. La pénalisation de l'exposition ou de la transmission du VIH ne protège pas les femmes de la coercition ou de la violence;
5. Les droits des femmes à faire des choix avisés en matière sexuelle et reproductive seront réduits;
6. Les femmes sont plus susceptibles d'être poursuivies en justice;
7. Certaines femmes pourraient être poursuivies pour la transmission de la mère à l'enfant;
8. Les femmes seront plus exposées à la transmission du VIH;
9. Les femmes les plus "exposées et marginalisées" seront les plus touchées;
10. Les interventions respectueuses des droits de la personne sont les plus efficaces contre le VIH.

Pour des explications sur chacun de ces points, veuillez télécharger l'intégralité du document en [allemand](#), [anglais](#), [espagnol](#), [français](#), [népalais](#), [polonais](#), [portugais](#) et [russe](#).

Source: extraits de Athena Network, 2009. [**10 Reasons Why Criminalization of HIV Exposure or Transmission Harms Women.**](#)

Des réformes législatives ou de nouvelles dispositions juridiques sont nécessaires dans les domaines suivants :

- Droit civil (ordres de protection, indemnisation)
- Droit pénal (consentement)
- Preuves et procédures (confirmation, règles en matière de caution, dossiers et faits)
- Condamnation (peines minimales, délits aggravants et circonstances atténuantes)

Pour des directions détaillées sur la législation, veuillez consulter les instruments ci-dessous et le module intégral sur la législation en [anglais](#), [français](#) et [espagnol](#).

Étude de cas : Formation innovante sur le VIH/sida, la violence sexuelle et le droit au Rwanda

Pour lutter contre la violence sexuelle perpétrée au cours du génocide de 1994 au Rwanda, l'organisation non gouvernementale WE-ACTx ([**Women's Equity in Access to Care and Treatment**](#)) a lancé un programme juridique sur les droits des personnes vivant avec le VIH/sida au Rwanda. Cette ONG a parrainé un atelier de formation de huit

semaines pour renforcer les compétences des auxiliaires juridiques et des animateurs communautaires des 24 ONG locales partenaires de WE-ACTx, qui soignent des milliers de clients séropositifs au VIH. Cette formation a été la première de ce type au Rwanda à porter sur le sujet du VIH et du sida avec une subdivision consacrée à la violence sexuelle. WE-ACTx a organisé cet atelier comme suite directe aux demandes de clients et du personnel des ONG partenaires pour une formation sur les stratégies juridiques en matière de VIH. Une équipe de trois juristes bénévoles des États-Unis et d'Europe spécialisés dans les droits universels de la personne, les aspects juridiques relatifs aux femmes et la violence sexuelle ont collaboré avec des organisations qui participent à la lutte contre le VIH et défendent les droits des victimes de ce fléau, des juristes rwandais, des écoles de droit rwandais, des équipes d'auxiliaires juridiques et plusieurs ONG actives dans la réforme du système juridique rwandais. Les Ministères rwandais de la justice et de la condition féminine et des représentants des organismes de lutte contre le sida ont également apporté leur concours.

L'examen du module sur la violence sexuelle a permis aux participants d'apprendre comment intervenir et aider un enfant victime de la violence sexuelle, notamment la sauvegarde des éléments de preuves, et comment utiliser la permanence téléphonique pour sévices à enfant. Les participants ont également appris et se sont exercés sur les moyens de renforcer la sécurité et la confidentialité du processus *gacaca* pour convaincre les femmes de témoigner contre leurs violeurs devant ces tribunaux locaux chargés de juger les actes de génocide. WE-ACTx a collaboré avec des partenaires rwandais à la production d'un manuel, *Know Your Rights: HIV/AIDS and the Law* (Connaissez vos droits: VIH/sida et la loi), qui vise à faciliter l'accès des auxiliaires juridiques et de leurs clients au système judiciaire. WE-ACTx a également réaffirmé l'importance de la coopération avec le Ministère de la condition de la femme et les milieux universitaires pour étendre le programme juridique aux zones rurales, aux fonctionnaires municipaux, aux magistrats et aux représentants de la santé publique, et pour inclure la formation des autorités locales dans la lutte contre la discrimination et l'adoption de législations contre la violence sexuelle.

Pour plus de renseignements sur le programme WE-Act x, veuillez contacter Megan McLemore à: meegwie@gmail.com ou Anne-Christine d'Adesky à: acd@we-actx.org.

Source: extraits de Global AIDS Alliance, 2006. *Zero Tolerance: Stop the Violence Against Women and Children, Stop VIH/AIDS*. Washington: Global AIDS Alliance, p. 22.

Instruments de référence:

- **Legislation Contagion: Building Resistance** (R. Pearhouse /Canadian HIV/AIDS Legal Network, 2008). *HIV/AIDS Policy & Law Review*. Vol.13, No.2/3, décembre, 1 et 5-10. Disponible en [anglais](#).
- **Respect, Protect and Fulfill: Legislating for Women’s Rights in the Context of HIV/AIDS – Volume One: Sexual and Domestic Violence** (Réseau juridique canadien VIH/sida, 2009). Disponible en [anglais](#).
- **Respect, Protect and Fulfill: Legislating for Women’s Rights in the Context of HIV/AIDS – Volume One: Sexual and Domestic Violence Module 1: Rape and Sexual Assault** (Réseau juridique canadien VIH/sida, 2009). Disponible en [anglais](#).
- **Respect, Protect and Fulfill: Legislating for Women’s Rights in the Context of HIV/AIDS – Volume One: Sexual and Domestic Violence Module 2: Domestic Violence** (Réseau juridique canadien VIH/sida, 2009). Disponible en [anglais](#).

Outils supplémentaires:

- **Policy Analysis Tool: Addressing Gender-Based Violence and Integrating Attention to Engaging Men and Boys for Gender Equality in National Strategic Plans on HIV and AIDS** (ATHENA, HEARD, Sonke Gender Justice Network and Salamander Trust, 2010). Disponible en [Anglais](#).
- **Zero Tolerance: Stop the Violence Against Women and Children, Stop HIV/AIDS** (Global AIDS Alliance, 2006). Disponible en [anglais](#).
- **Scaling Up for Zero Tolerance: Civil Society Leadership in Eliminating Violence Against Women and Girls in Ghana, Rwanda and South Africa** (Global AIDS Alliance, 2008). Disponible en [anglais](#).
- **Reducing Women’s and Girls’ Vulnerability to HIV/AIDS by Strengthening their Property and Inheritance Rights** (Centre international de recherche sur les femmes, 2006). CIRF, Washington. Disponible en [anglais](#).
- **Estrategias nacionales sobre VIH y violencia contra las mujeres en America latina y el Caribe: un reto impostergable** (D. Luciano/ Development Connections, 2007b). Disponible en [espagnol](#).

Réforme des systèmes de santé et prestation de services

- La réforme des systèmes de santé doit être menée de sorte que les services fournis satisfont à *la fois* aux besoins en matière de VIH et de sida, et de violence à l’égard des femmes.

Recommandations pour l'élaboration des programmes sur la violence à l'égard des femmes et le VIH

	Violence à l'égard des femmes	Violence et VIH	VIH
Réforme des systèmes de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Préparer des protocoles et développer et animer une formation sur des examens médico-légaux respectueux des victimes. • Collecter et analyser les données ventilées par sexe et âge sur la violence et la violence familiale. • Garantir l'accès gratuit permanent aux services de soins pour agression sexuelle, notamment l'accompagnement psychologique, le traitement pour les infections sexuellement transmissibles, la prophylaxie post-exposition et la contraception d'urgence. 	<ul style="list-style-type: none"> • Préparer et animer une formation destinée aux prestataires de soins qui fournissent des services de dépistage, de traitement, d'analyse du danger et de planification sécuritaire, et de soutien affectif en matière de VIH et de violence, notamment pour les enfants. • Établir des critères de modernisation des infrastructures des centres de santé pour garantir la confidentialité et l'intimité. • Garantir l'accès aux soins pour la violence et le VIH en remédiant aux difficultés liées à la mobilité des femmes, à la distance des centres de santé, aux aspects sécuritaires des déplacements et aux frais de transport; envisager l'établissement de centres de santé mobiles et décentralisés dans les zones rurales et des visites à domicile par des agents sanitaires ou sociaux. • Offrir une formation aux prestataires de services sur les approches axées sur les droits, y compris les codes de conduite, le choix et le consentement avisés, et la confidentialité et la divulgation. • Garantir des ressources suffisantes pour le personnel soignant de la violence et du VIH, comme les outils 	<ul style="list-style-type: none"> • Collecter et analyser les données ventilées par sexe et âge sur le VIH. • Former des conseillers en dépistage volontaire et accompagnement psychologique pour dépister les cas de violence et poser des questions sur la violence du partenaire, formuler des stratégies de divulgation sûres, et développer les services d'accompagnement psychologique et de dépistage des couples. • Résoudre les difficultés d'accès et d'adhésion aux traitements antirétroviraux pour les femmes victimes des violences perpétrées par leur partenaire intime, en faisant figurer par exemple sur les formulaires de surveillance de l'observance thérapeutique des questions qui explorent la violence du partenaire intime. • Vérifier que le préservatif féminin est disponible en plus du préservatif masculin. • Fournir un traitement pour les maladies liées au sida et les

	<p>de dépistage et des répertoires pour orienter les victimes vers d'autres services, y compris les services juridiques et d'accompagnement psychologique.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intégrer les services de lutte contre la violence dans les services de traitement d'infections prénatales et sexuellement transmissibles, ainsi que les services de planification familiale. • Garantir aux enfants et adolescents un accès identique aux services de santé adaptés à leurs besoins. • Vérifier que la prophylaxie post-exposition est proposée non seulement aux victimes des agressions sexuelles, mais aussi dans le cadre des services intégrés de santé sexuelle et reproductive fournis aux femmes dont les partenaires vivent avec le VIH et sont susceptibles d'avoir eu un comportement sexuel à risque. 	<p>infections opportunistes; des informations sur le traitement et l'observance thérapeutique; la prévention et le traitement de maladies sexuellement transmissibles; les soins infirmiers, les soins à domicile et les soins palliatifs d'accompagnement des mourants; la prévention de la transmission de la mère à l'enfant.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prévoir l'existence de services de prévention (consultations, dépistage du VIH).
--	--	---

Source: J. Ward, 2008. "Designing Programming to Address GBV and VIH in East, Central and Southern Africa: A Framework for Action", Projet de document de travail, FNUAP, Nairobi.

Exemple: [The South African Gender-based Violence and Health Initiative](#). The South African Gender-based Violence and Health Initiative (SAGBVHI) est une coalition spécialisée d'organisations et d'individus au niveau national qui travaillent sur les questions de violence à l'égard des femmes et de santé. Cette initiative a permis d'améliorer les interventions sanitaires contre la violence à l'égard des femmes en Afrique du Sud et d'intégrer les services contre la violence à l'égard des femmes et le VIH en proposant aux professionnels de la santé un programme de formation de deux jours sur la prophylaxie post-exposition (Guedes, 2004).

Pour des indications détaillées sur les soins en cas de viol, veuillez consulter la section sur [les services pour les victimes des agressions sexuelles](#).

Instruments de référence:

- ***Development Connections: A Manual for Integrating the Programmes and Services of HIV and Violence Against Women*** (D. Luciano/Development Connections and UNIFEM, 2009). Disponible en [anglais](#) et [espagnol](#). Veuillez consulter également le [site Web](#) de Development Connections pour des ressources supplémentaires, notamment un cours continu en ligne.
- ***An Essential Service Package for an Integrated Response to HIV and Violence Against Women*** (Women won't wait, 2010). Disponible en [anglais](#).
- ***Operational Guide on Gender & HIV/AIDS: A Rights Based Approach*** (Équipe spéciale interinstitutions de l'ONUSIDA sur les femmes et le VIH/sida, 2005). Disponible en [anglais](#).
- ***Santé sexuelle et reproductive des femmes et adolescentes VIH+ : Manuel pour les formateurs et les responsables de programme. 2006***, produit par EngenderHealth et la Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/sida (ICW) est un manuel pour les formateurs et facilitateurs confirmés qui travaillent sur les questions de santé sexuelle et reproductive (SSR) et les responsables de programme et agents sanitaires qui travaillent sur le VIH et le sida. Le manuel donne des précisions sur un atelier de formation de quatre jours et un atelier de planification de deux jours sur la prestation de services de soins et de soutien intégrés aux femmes et les adolescentes séropositives VIH. Le manuel propose une vue d'ensemble de la question aux formateurs, des modules de formation détaillés, des feuilles d'information et des références adaptables aux situations locales, et examine les services de consultation sur la SSR dans le cadre des programmes qui relient la SSR, le VIH et le sida. Disponible en [anglais](#), [espagnol](#), [français](#), [portugais](#) et [russe](#); 239 pages.
- ***Resource Pack on Gender and HIV/AIDS*** (ONUSIDA, 2006), produit par l'Équipe spéciale interinstitutions sur l'égalité des sexes et le VIH/sida, s'adresse aux spécialistes du développement et aux responsables politiques. Cette trousse à outils offre des précisions sur l'élaboration de programmes et la mobilisation contre l'inégalité des sexes et l'impact négatif de ce phénomène sur les programmes nationaux sur le VIH et le sida. Le dossier comporte un [guide pratique](#) comprenant un cadre conceptuel, des outils et des listes de vérification pour l'établissement de programmes sexospécifiques et respectueux des droits, une [étude analytique](#) pour la consultation d'experts "Integrating Gender into HIV/AIDS Programmes" et 17 [fiches d'information](#) sur les aspects sexospécifiques du VIH et du sida.
- ***Addressing Gender-based Violence from the Reproductive Health/HIV Sector: A Literature Review and Analysis*** (A. Guedes/Bureau for Global Health, 2004). Disponible en [anglais](#).

- ***Delivering Post-rape Care Services: Kenya's Experience in Developing Integrated Services*** (N. Kilonzo, S.J. Theobald, E. Nyamato, C. Ajema, H. Muchela, J. Kibaru, E. Rogena et M. Taegtmeier, 2008). Disponible en [anglais](#).
- ***Strategic Intervention: Intersection between Gender-based Violence and HIV/AIDS*** (B. Muthien, 2003). Disponible en [anglais](#).
- ***The Refentse Model for Post-Rape Care: Strengthening Sexual Assault Care and HIV Post-Exposure Prophylaxis in a District Hospital in Rural South Africa*** (J.C. Kim, I. Askew, L. Muvhango, N. Dwane, T. Abramsky, S. Jan, E. Ntlemo, J. Chege et C. Watts/Conseil de population, 2009). Disponible en [anglais](#).
- ***Gender-based Violence and Reproductive Health and HIV/AIDS: Summary of a Technical Update*** (USAID, 2002). Disponible en [anglais](#).

Prévention

La recherche et les programmes sur la prévention du VIH se sont le plus souvent intéressés aux changements des connaissances, des attitudes et des comportements individuels sans se soucier de la manière dont les normes sociales et les réalités vécues touchent différemment les hommes et les femmes. Là où la recherche a reconnu que les femmes étaient exposées différemment au virus VIH, c'était souvent pour souligner le risque accru d'infection causé par des facteurs biologiques, ignorant les facteurs socio-économiques. Si les premières campagnes de sensibilisation autour de la vitesse alarmante à laquelle les femmes contractaient le VIH ont eu pour objet de faire ressortir les inégalités entre les hommes et les femmes comme élément moteur des risques accrus encourus par les femmes, elles ont néanmoins souvent placé involontairement la responsabilité de la prévention de la propagation du virus sur les femmes, ignorant le rôle des hommes (Campbell, 1995; Shefer, 2005). L'idée que le changement dans les connaissances et les attitudes permettrait aux femmes de refuser des rapports sexuels à risque ou d'en négocier les termes méconnaît la réalité complexe de leur existence (mariage précoce, faibles perspectives économiques et dépendance des partenaires intimes, niveaux élevés de violence), qui limite leur pouvoir de décisions même lorsqu'elles possèdent les connaissances et les moyens nécessaires pour prévenir le VIH.

Les stratégies courantes de prévention du VIH s'adressent aux personnes qui disposent d'un certain pouvoir et autonomie dans la prise de décisions sur leur sexualité et autres aspects de leur vie; une telle approche ignore la situation des femmes et des jeunes filles (Krishnan et al., 2007 comme cité dans Luciano, 2009). Cette lacune est particulièrement criante dans la méthode de prévention Abstinence, Be Faithful et use Condoms (ABC) (Abstinence, Fidélité et Utilisation du préservatif) largement appliquée. Ces programmes visent à susciter des changements comportementaux chez l'individu. Les méthodes qu'ils proposent à cette fin omettent systématiquement les facteurs extérieurs qui limitent

l'autonomie sexuelle des femmes et les exposent aux risques d'infection au VIH. Dans de nombreuses régions du monde, les femmes ne peuvent pas empêcher le viol, leurs maris ou partenaires d'être infidèles, et n'ont pas le pouvoir de négocier l'utilisation du préservatif avec des partenaires intimes violents. Les programmes de prévention qui concernent le mariage, tels que ceux axés sur « l'abstinence jusqu'au mariage » posent également problème dans la mesure où ils ignorent la réalité que dans certains pays la prévalence de VIH est plus élevée chez les femmes mariées que chez les femmes non-mariées (Human Rights Watch, 2005, cité dans Ward, 2008).

À partir des leçons tirées, voici quelques-unes des principales approches de la prévention de la violence à l'égard des femmes et du VIH: sensibilisation généralisée des communautés, mobilisation axée sur les communautés, soutien aux activités de prévention de la violence et du VIH fondée sur la connaissance des faits et organisation de campagnes médiatiques pour améliorer les connaissances, les attitudes et les pratiques communautaires liées à la promotion et la protection des droits des femmes de vivre à l'abri de la violence, du VIH et du sida.

Recommandations pour l'élaboration de programmes sur la violence à l'égard des femmes et le VIH			
	Violence à l'égard des femmes	Violence et VIH	VIH

Mobilisation communautaire dans le secteur de la santé

- | | | |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Développer des stratégies pour améliorer les interventions communautaires en cas de violence et mobiliser les associations communautaires dans les activités visant à apporter des solutions judicieuses aux victimes et à les orienter rapidement vers les services de santé. | <ul style="list-style-type: none"> • Intégrer les activités relatives à la violence à l'égard des femmes et à l'inégalité des sexes dans les programmes d'éducation communautaire sur le VIH et la santé reproductive et les campagnes de communication sur les changements comportementaux. • Formuler des interventions spécifiques visant les besoins des jeunes mariées qui ne sont pas forcément sensibilisées par les services de santé pour adolescentes et autres moyens éducatifs sur la santé sexuelle. • Faire prendre conscience de la violence sexuelle et de l'exploitation liée au VIH. | <ul style="list-style-type: none"> • Dispenser une éducation sur la sexualité qui soit complète et fondée sur des faits scientifiques, exposant les phénomènes biologiques et offrant aux filles et aux garçons un cadre de discussion, de remise en question et d'analyse de sujets comme les relations entre les sexes, l'égalité des sexes, l'autonomisation des jeunes filles et le respect mutuel. • Faciliter l'accès aux informations relatives aux pratiques sexuelles protégées et aux services de santé reproductive, et aux autres méthodes d'éducation en matière de sexualité. • Obtenir la participation des animateurs communautaires au développement et à la mise en œuvre des programmes de lutte contre le VIH. |
|--|---|---|

Source: J. Ward, 2008. "Designing Programming to Address GBV and HIV in East, Central and Southern Africa: A Framework for Action", Projet de document de travail, FNUAP, Nairobi.

Les messages et outils de communication doivent tenir compte des circonstances dans lesquelles évoluent les bénéficiaires et de l'influence que ces circonstances exercent sur la capacité des bénéficiaires à tirer parti de certains types de connaissances et d'informations (Équipe spéciale interinstitutions de l'ONUSIDA sur le genre et le VIH et le sida, 2005). Les messages doivent également éviter de répandre des stéréotypes négatifs de femmes, d'hommes ou de tout autre groupe marginalisé qui encouragent la stigmatisation.

- À titre d'exemple, le message suivant des services de dépistage et de consultation sur le VIH a été récemment diffusé dans un pays industrialisé: "Quel sorte de mère aurait pu transmettre le VIH à son nourrisson? Une mère non testée". Des messages comme celui-ci accusent les femmes en laissant entendre que c'est la faute de la mère si l'enfant est séropositif (IGWG et USAID, 2004, cité dans OMS, 2009a, p.13). Ce type de stigmatisation cause la discrimination, qui peut produire des violations des droits de la personne.
- Éviter de condamner les femmes en développant des messages positifs qui favorisent et encouragent le partage des responsabilités entre les hommes et les femmes sur les choix en matière de santé sexuelle et reproductive (utilisation du préservatif, dépistage pour VIH [et prophylaxie antirétrovirale](#)) et de prestation de soins aux personnes vivant avec le VIH et le sida et leurs familles (OMS, 2009a).
- Il y a eu de nombreuses initiatives pour mobiliser les communautés et changer les comportements sur le VIH et la violence à l'égard des femmes en utilisant des approches conjuguées variées (promotion des droits et lutte contre les facteurs de risque sous-jacents comme la pauvreté et l'inégalité), différents supports (éducation scolaire ou extrascolaire, médias) et en ciblant des sous-groupes démographiques clés (hommes, adolescents). Ces actions intègrent souvent un amalgame d'approches et d'objectifs, dont, notamment :
 - la lutte contre les **facteurs environnementaux à haut risque** comme la pauvreté et les inégalités entre les sexes;
 - **la promotion des droits**, qui inclut la prise de conscience des corrélations entre la violence et le VIH/sida dans le cadre des programmes sur la violence à l'égard des femmes;
 - **l'accès à l'éducation scolaire et extrascolaire sur le VIH et le sida et la violence à l'égard des femmes, par le biais de la réforme des programmes scolaires** ou d'activités éducatives extrascolaires.

Ci-dessous quelques exemples représentatifs :

Domaine d'activité	Exemple de cas

Mobilisation des hommes et des garçons

Man Enough to Care. Le projet Africare d'autonomisation des hommes "[Man enough to care?](#)" vise à remédier aux déséquilibres en matière de prestation de soins dispensés aux patients hommes et femmes vivant avec le VIH dans les régions rurales du Zimbabwe, en proposant aux hommes un rôle plus élargi au niveau des soins à domicile. Le projet a permis de former 120 hommes aux tâches de volontaires pour soins à domicile, leur inculquant des notions de soins infirmiers, de traitement des infections et d'accompagnement psychosocial de base. Les auxiliaires soignants soutiennent également les modes de vie positifs, assistent pour l'établissement de testaments et offrent des conseils aux personnes en deuil. Il est prouvé que l'association de valeurs et d'activités comme la prestation de soins, les services infirmiers et la protection des familles de la transmission du VIH à des traits typiquement masculins comme la force physique, le machisme et l'autorité incite les hommes à jouer un rôle plus actif dans la prévention du VIH et les soins liés au sida. En encourageant le bénévolat masculin comme carrière secondaire, le projet a cherché à renforcer la volonté et les compétences des hommes de fournir des soins élémentaires aux membres de leurs familles, d'alléger le fardeau des responsabilités qui pèse sur les femmes et d'accroître le nombre et d'améliorer la qualité des services de soutien et de soins proposés aux personnes vivant avec le VIH dans les communautés rurales (extraits de l'OMS, 2009a, *Integrating Gender into VIH/AIDS Programmes in the Health Sector: Tool to Improve Responsiveness to Women's Needs*. Genève, Suisse. OMS, Département Genre, femmes et santé, p. 69).

[Program H](#). Le programme H vise à fournir aux jeunes hommes les moyens de contester les normes typiques liées à la masculinité et de leur permettre d'engager des débats et de réfléchir sur les « coûts » des attitudes hostiles à l'égalité des sexes et les avantages des comportements plus favorables aux femmes. Les activités d'intervention comportent deux volets principaux: 1). un programme scolaire testé sur le terrain qui comprend un manuel et une vidéo éducative destinée à encourager les changements d'attitudes et de comportements chez les hommes, et (2) une campagne de marketing social sur le mode de vie destinée à encourager des changements au niveau des normes communautaires ou sociales censées définir la masculinité (extraits de Horizons Program et Instituto

	<p>Promundo, 2006).</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Télécharger les manuels du Programme H en anglais, espagnol, hindi, portugais, et vietnamien. ➤ Télécharger Young Men and HIV Prevention: a Tool Kit for Action (Promundo et FNUAP). Disponible en anglais, espagnol et portugais. <p>Men as Partners. Établi en 1996 par EngenderHealth, le Programme Man as Partners vise à faire reculer la transmission sexuelle du VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles, les grossesses non désirées et la violence à l'égard des femmes en incitant les hommes et les garçons à s'intéresser à leur santé et à celle de leurs partenaires et leurs proches. Voir l'étude de cas et l'évaluation.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Télécharger le manuel de formation en anglais. <p>I'm Worth Defending est une organisation non gouvernementale kényane qui offre une éducation, une formation et son soutien au grand public, aux organisations, et aux individus en matière de prévention du viol. I'm Worth Defending intègre les programmes sur le VIH et le sida et la violence à l'égard des femmes dans les activités suivantes: légitime défense contre le viol, formation destinée aux femmes, jeunes filles et garçons sur l'affirmation de soi et l'établissement de limites, mobilisation des garçons et des hommes pour l'élimination de la violence sexuelle et sexiste, formation sur les droits de la personne, campagnes de sensibilisation, constitution de réseaux et collaboration avec les partenaires locaux et internationaux, et renforcement des capacités, campagnes de sensibilisation et de pression pour la réalisation des droits des femmes et des hommes.</p>
Mobilisation communautaire	<p>Raising Voices concentre ses activités sur la lutte contre la violence à l'égard des femmes en Ouganda et à l'échelle régionale. Ses activités incluent l'élaboration et le développement de programme, l'établissement d'instruments de programme et de matériel de communication, et la fourniture d'assistance technique et le renforcement des capacités contre</p>

	<p>la violence à l'égard des femmes, le VIH et pour la réalisation les droits de la personne. L'un de leurs principaux programmes, qui comporte un élément d'évaluation très fiable, s'appelle SASA! qui signifie "Maintenant!" en swahili. Lire une étude de cas SASA! sur ses activités de mobilisation communautaire.</p> <p>Grâce au concours du Fonds d'affectation spéciale des Nations Unies pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes, le programme SASA! est actuellement reproduit à plus grande échelle dans d'autres communautés en Ouganda. Veuillez visionner une courte vidéo qui illustre leurs activités.</p> <p><iframe width="640" height="360" src="http://www.youtube.com/embed/mZexCd59EX4" frameborder="0" allowfullscreen></iframe></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Voir une étude de cas complète sur SASA! ➤ Regarder le film qui illustre leurs activités de mobilisation ➤ Télécharger les ressources annexes <p>Les ateliers Stepping Stones dans plus de 40 pays, dont la plupart en Afrique, qui encouragent les débats et mobilisent les esprits sur la violence et le VIH, ont permis de réduire le nombre d'actes de violence par un partenaire intime grâce aux cours d'éducation communautaire dispensés aux hommes.</p> <p>Voir les évaluations de Stepping Stones.</p> <p>Consulter le manuel sur l'Afrique du Sud en anglais.</p> <p>Télécharger les versions et adaptations linguistiques du site web.</p>
<p>Communications pour le changement social par l'éducation, les loisirs et les médias (radio, télévision, feuillets télévisés, internet)</p>	<p>Soul City South Africa et Soul City Regional apportent leur concours aux campagnes médiatiques ludoéducatives visant à sensibiliser l'opinion et à lui fournir des connaissances sur les questions relatives à l'égalité des sexes, au VIH, à la violence à l'égard des femmes et aux personnes vivant avec le VIH.</p> <p>Voir le descriptif et l'évaluation du programme.</p> <p>L'organisation non gouvernementale Puntos de Encuentro (Points de rencontre) basée au Nicaragua, a produit Sexto Sentido, une telenovela ou feuilleton hebdomadaire très populaire d'une demi-heure. Le programme, diffusé au Costa</p>

Rica, en Honduras et aux États-Unis, présente des personnages et des sujets qui incitent les téléspectateurs à contester le bien-fondé des valeurs traditionnelles concernant les attributions dévolues aux deux sexes, les rapports entre les hommes et les femmes au foyer, sur le lieu de travail, et dans la société en général. Puntos de Encuentro a par ailleurs lancé une campagne continue intitulée « Necesitamos Poder Hablar » ("On doit pouvoir s'exprimer") qui désigne *le machisme* comme un facteur aggravant de violence sexuelle et de transmission du VIH.

Breakthrough (Inde): Breakthrough est une organisation internationale des droits de la personne siégeant en Inde et aux États-Unis qui s'efforce de vulgariser les débats sur la violence à l'égard des femmes et le VIH/sida sous la forme de messages médiatiques populaires. Dans sa première année d'existence, Breakthrough a produit *Mann ke Manjeerée : An Album of Women's Dreams* (2000), album applaudi du public et une série de vidéos musicales qui ont raconté la fuite d'une mère et de sa fille pour échapper à la violence familiale et autres sujets qui ont remis en question les interdits et stéréotypes traditionnels. En 2005, l'organisation a lancé une campagne multimédia intitulée « What kind of man are you? », qui a invité directement pour la première fois les hommes à utiliser le préservatif pour protéger leurs femmes de l'infection au VIH, leur expliquant que la majorité des 2 millions de femmes séropositives en Inde avaient été infectées par leurs maris. La campagne, qui a consisté en annonces publiées dans la presse, diffusées à la radio et dans les salles de spectacles et affichés sur des panneaux publicitaires, a été traduite en sept langues. La campagne a atteint 75 millions de personnes et suscité plus de 8.000 messages courts et autres demandes d'informations adressées au service d'assistance téléphonique anonyme de Breakthrough.

En 2008, Breakthrough a lancé une campagne primée, Bell Bajao ou Ring the Bell (Tirer la sonnette), qui demande aux hommes et aux garçons de participer à l'élimination de la violence familiale en procédant à ce simple geste de badaud. Grâce aux messages d'intérêt public diffusés à la télévision, à la radio et publiés dans la presse, à une campagne multimédia en ligne, au matériel éducatif distribué et aux déplacements d'une camionnette vidéo mobile, plus de 129 millions de personnes ont

été atteintes avant la fin de 2010. Lors de la réunion annuelle de 2010 de la [Clinton Global Initiative](#), les participants se sont engagés d'étendre le programme Bell Bajao au reste du monde, avec le plein concours du [Secrétaire général des Nations Unies](#).

Breakthrough a également formé plus de 75.000 défenseurs des droits de la personne. Leurs efforts conjugués ont permis d'augmenter de 49% le nombre des personnes qui connaissent le Protection of Women from Domestic Violence Act (loi relative à la protection des femmes des violences familiales) et de 15% le nombre des personnes qui ont accès aux services dispensés aux victimes.

- S'informer de la [campagne](#) multimédia "What kind of man are you?" ;
- Voir l'[étude de cas](#) ;
- Voir l'[évaluation](#) de la campagne multimédia contre la discrimination relative au VIH "Is this Justice" ;
- S'informer de la campagne [Bell Bajao/Ring the Bell](#) (Tirer la sonnette);
- Consulter les [ressources](#) supplémentaires sur la violence à l'égard des femmes;
- Télécharger « Strength in Action: An Educator Guide to Domestic Violence» en [anglais](#);
- Télécharger le [Rapid Audience Assessment Survey Report](#);
- Télécharger le [Most Significant Change Stories Report](#);
- Télécharger le [Baseline Survey on Domestic Violence and HIV/AIDS](#).

Projet radiophonique d'éducation interculturelle sur la prévention et la gestion de la violence familiale et du VIH/sida de [Minga Pérou](#). Minga Pérou, organisation non gouvernementale financée par le Fonds d'affectation spéciale des Nations Unies, a réalisé un projet radiophonique interculturel et éducatif ayant pour thème la lutte contre le VIH/sida et la violence à l'égard des femmes dans les communautés et écoles des zones rurales de l'Amazone péruvien. Le projet vise à réduire le nombre d'actes de violence et de cas de VIH et de sida dans les communautés et les écoles rurales de ces régions

en utilisant une stratégie de communication en direct et sur le terrain qui a été appliquée de janvier 2006 à mars 2008. Cette stratégie a permis à 174 enseignants de 24 écoles rurales d'apprendre comment intégrer les questions liées à la violence familiale et au VIH/sida dans les programmes scolaires du secondaire, alimentant ainsi directement des débats scolaires sur ces questions, à l'occasion de nombreux cours, avec quelque 4.650 élèves.

Ces actions éducatives, menées localement et à longueur d'année dans les établissements scolaires des zones rurales, ont été étayées par un programme radiophonique populaire d'éducation interculturelle en direct de Minga, *Bienvenida Salud* (Bienvenue la Santé), qui a intentionnellement incorporé les thèmes de la violence domestique, du VIH/sida et autres sujets dans ses émissions tri-hebdomadaires. Des étudiants de chaque école participante ont reçu une formation de correspondants radio, avec pour mission d'encourager les jeunes de leurs communautés respectives à écouter *Bienvenida Salud* et à faire connaître leurs réactions, y compris des idées pour de nouveaux sujets d'émission.

Les correspondants radio, comme leurs enseignants et l'équipe de *promotoras* locales de Minga (animatrices du changement sur le plan local), ont suivi une formation et mené d'autres activités programmatiques sur le sujet de la violence familiale et le VIH/sida pour leurs communautés respectives. Le projet a misé sur la popularité et la crédibilité de l'émission radio tri-hebdomadaire de Minga (*Bienvenida Salud*) et sur les activités de ses équipes d'experts sur le terrain (*promotoras* communautaires), et il les a stratégiquement exploitées dans le cadre d'une initiative en milieu scolaire, avec la participation d'enseignants, d'étudiants et de membres des communautés locales, pour prévenir et réduire les actes de violence familiale et les cas de VIH/sida, autonomiser les victimes de la violence (surtout les enfants et les femmes) et faire reculer les préjudices, la stigmatisation et la discrimination liés à la séropositivité VIH. Une évaluation indépendante du projet radiophonique d'éducation multiculturelle a estimé que le projet avait eu un impact positif sur la vie des communautés participantes. (extraits de A. Singhal et L. Dura, 2008. "Listening and Healing: An Assessment of Minga Peru's Intercultural Radio Educative Project to Prevent and Control Domestic Violence and

	<p>HIV/AIDS” Report Submitted to Minga Peru/<u>Fonds d’affectation spéciale des Nations Unies pour l’élimination de la violence à l’égard des femmes</u>, p.5).</p>
<p>Autonomisation des femmes et des jeunes filles</p>	<p><u>IMAGE: The Intervention with Microfinance for AIDS and Gender Equity</u>. Ce programme réalisé en Afrique du Sud s’attaque aux facteurs environnementaux de risque de VIH comme la pauvreté et les inégalités entre les sexes, notamment la violence à l’égard des femmes, en associant une formation participative sur la sensibilisation à l’égalité des sexes et un programme de petits prêts bancaires. Voir un résumé de <u>l’évaluation</u> et <u>l’évaluation intégrale</u>.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Télécharger les manuels de formation, <u>Volume I</u> et <u>Volume II</u>. <p><u>Community-based HIV/AIDS/STD Response through Capacity-building and Awareness (CHARCA)</u>. Ce projet est réalisé conjointement par le système des institutions des Nations Unies en partenariat avec la National AIDS Control Organization (NACO) de l’Inde. Il vise à limiter l’exposition des jeunes femmes (âgées de 13 à 25 ans) de la population aux risques d’infection au VIH. Le programme est en voie d’exécution dans six villes indiennes. Ses principales activités ont pour but la sensibilisation du public, le renforcement des capacités, l’amélioration des services, l’établissement d’un environnement favorable et la mise en place d’infrastructures de soutien. En tant qu’intervention destinée à l’ensemble de la population, CHARCA travaille avec des groupes de jeunes femmes et les groupes qui ont un impact sur les vies des jeunes femmes, notamment des groupes de jeunes hommes, de femmes plus âgées et des réseaux de personnes séropositives (Extraits de <u>l’ONUSD</u>).</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Voir <u>l’étude initiale</u>. ➤ Voir <u>le rapport final</u>.

Outils supplémentaires:

- Pour une liste supplémentaire de ressources actualisées en permanence, veuillez consulter la base des données relatives aux outils par sujet (par exemple [prévention](#) et/ou [VIH](#)).

- Voir également les modules de programmation spécifique concernant [les hommes et les garçons](#), la prévention, les adolescents et l'éducation.
- ***Toolkit for Mainstreaming HIV and AIDS in the Education Sector: Guidelines for Development Cooperation Agencies*** (Équipe spéciale interinstitutions sur l'éducation du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2008). Cette trousse à outils entend fournir aux spécialistes de l'éducation des organismes de coopération pour le développement, notamment les organismes multilatéraux et bilatéraux axés sur le développement et l'humanitaire, les organisations non gouvernementales et les associations de la société civile, les moyens nécessaires pour intégrer les questions relatives au VIH et au sida dans la préparation et la mise en application des programmes du secteur éducatif. Ce guide fournit des outils et des instructions pour mesurer les progrès accomplis dans l'intégration de ces questions à l'échelle nationale, désigner des points d'entrée et des opportunités, et fixer des priorités de mobilisation et d'action. Le manuel a été conçu comme un outil ou une ressource de référence pour la formation et le débat. Bien que pas véritablement consacré à la violence à l'égard des femmes, le guide est adaptable aux besoins et situations locales. Disponible en [anglais](#).
- ***Inter-linkages between Culture, Gender Based Violence, HIV and AIDS and Women's Rights: Training Manual*** (SAFAIDS et Oxfam, 2008). Ce manuel de formation s'adresse aux animateurs et conseillers communautaires. Il fournit des renseignements et propose des activités qui stimulent la réflexion sur les corrélations entre culture, violence sexiste, violation des droits de la femme et propagation du VIH dans le contexte africain. Disponible en [anglais](#).
- ***Our Turn to Tell: A Tool for Us! Kenyan Girls Tell their Stories*** (AfriAfya et Street Kids International, 2008). Cet outil comprend 12 histoires vécues écrites par des adolescentes kényanes sur les sujets du VIH/sida et de la violence à l'égard des femmes. Des questions réflexives figurent à la fin de chaque récit et un guide pour facilitateur y est annexé proposant des activités interactives en marge de chaque récit. Cet instrument peut être utilisé séparément ou comme élément d'un programme éducatif. Y figurent des récits et des activités en anglais, kiswahili et luó. Disponible en [anglais](#).
- ***Planning BCC Interventions: A Practical Handbook*** (Peter F. Chen pour le FNUAP CST Bangkok, 2006). Ce manuel, destiné au personnel et aux partenaires du FNUAP, vise à fournir aux spécialistes les moyens d'élaborer et d'appliquer efficacement des stratégies de communication visant la modification des comportements (BCC) qui contribuent à améliorer la santé reproductive, notamment la santé reproductive des adolescents (ARH) et la prévention du VIH/sida. Le manuel esquisse les concepts des BCC, les modes d'interventions, quelques schémas théoriques qui orientent les actions des BCC et des instructions détaillées permettant aux spécialistes de préparer, élaborer, exécuter, suivre et évaluer les activités dans ce domaine. Bien que pas véritablement centré sur la violence à l'égard des femmes, le manuel

- donne des instructions pour la préparation et mise en application de stratégies de communication visant la modification des comportements, la sensibilisation ou la mobilisation sociale qui sont adaptables. Disponible en [anglais](#).
- ***The HIV/AIDS Emergency: Guidelines for Educators***. Pretoria, Afrique du Sud: Department of Education (Ministère de l'éducation) (R. Jewkes, 2000). Disponible en [anglais](#).
 - ***Beyond victims and villains: Addressing sexual violence in the education sector*** (Panos Institute. 2003). Disponible en [anglais](#).

Domaines particuliers d'intégration des activités programmatiques de lutte contre la violence à l'égard des femmes dans l'élaboration des programmes sur le VIH

Mener une analyse situationnelle

Une [analyse situationnelle](#) sert à identifier les besoins et les options d'intégration dans un contexte particulier et à adapter la programmation en conséquence. Elle implique l'évaluation des facteurs suivants:

- l'[épidémiologie](#) du VIH/sida et de la violence à l'égard des femmes;
- les cadres juridiques et autres stratégies connexes;
- les interventions sectorielles (santé, justice, travail, éducation, etc.);
- les normes existantes et coutumières, les rôles sexospécifiques, les facteurs de risque et l'exposition au risque;
- les ressources locales existantes (Luciano, 2009).

Instruments de référence:

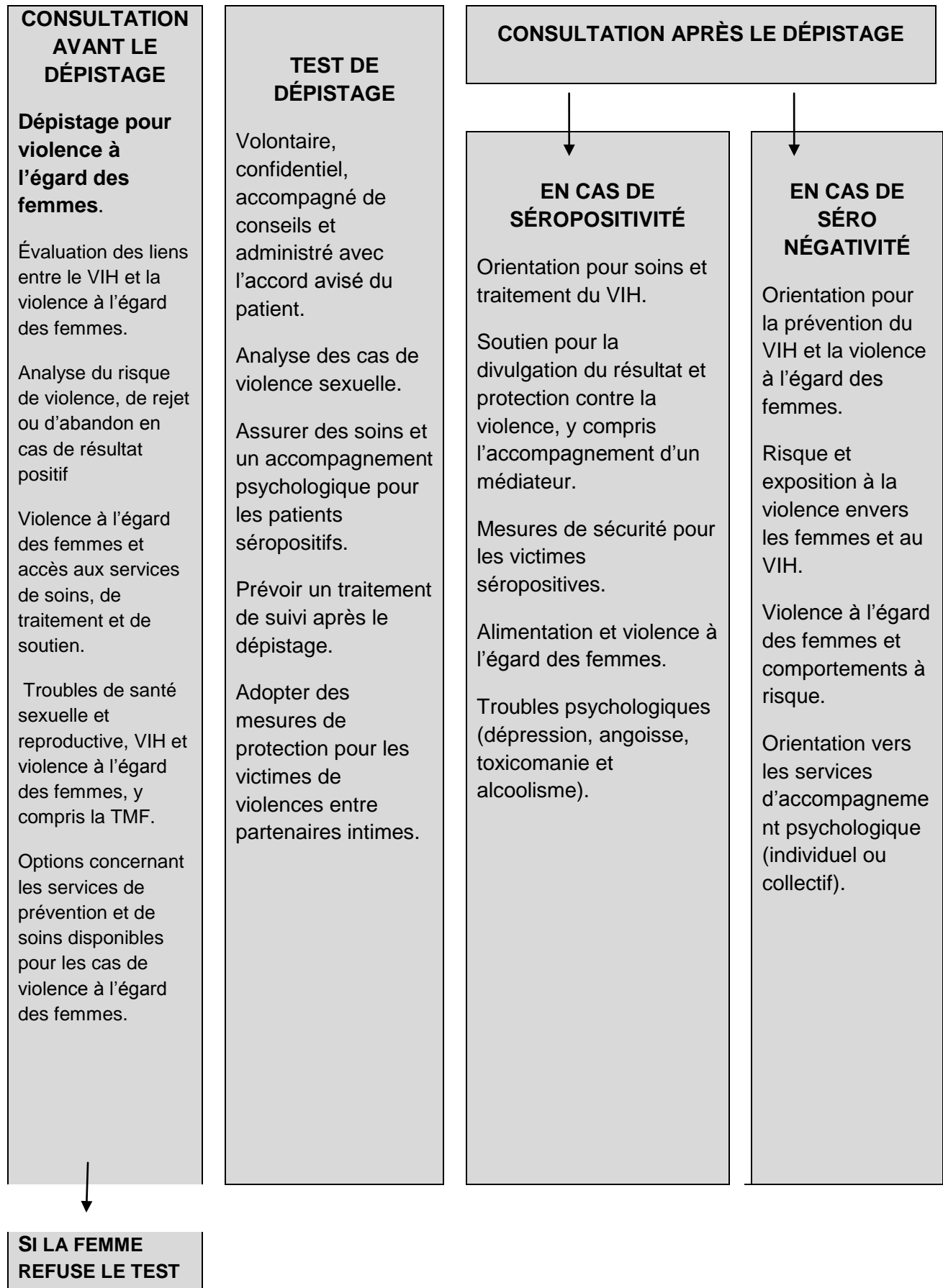
- **Situational Analysis of VIH and Violence against Women**. L'outil ci-après permet d'orienter l'analyse situationnelle sur le VIH/sida et la violence à l'égard des femmes aux niveaux macro-économique, sectoriel, départemental, institutionnel ou organisationnel, communautaire et individuel: **D. Luciano, 2009**. *Development Connections: A Manual for Integrating the Programmes and Services of HIV and Violence Against Women* (p. 47-50). Disponible en [anglais](#) et [espagnol](#).
- **Stakeholder mapping for integrating HIV and Violence against Women programmes and services**. L'outil ci-après donne des instructions aux partenaires de programme pour réaliser une cartographie d'intégration des programmes et services relatifs au VIH et à la violence à l'égard des femmes: **D. Luciano, 2009**. *Development Connections: A Manual for Integrating the*

Programmes and Services of HIV and Violence Against Women (p.53). Disponible en [anglais](#) et [espagnol](#).

Services de consultation et de dépistage volontaire pour le VIH

- Le tableau ci-dessous fournit des directives sur l'intégration des services de consultation et de dépistage volontaire et pour la violence à l'égard des femmes, y compris les étapes d'intervention avant les consultations et le dépistage et après le dépistage.

Services intégrés de consultation et de dépistage réguliers et pour la violence à l'égard des femmes



Consultation sur la réduction du risque de VIH.

Services disponibles pour la prévention et les soins pour le VIH et la violence à l'égard des femmes.

Source: Luciano, 2009. *Development Connections: A Manual for Integrating the Programmes and Services of HIV and VAW*, p.41.

- D'autres éléments sont à considérer lors de l'intégration de la violence à l'égard des femmes dans les services de consultation et de dépistage:
 - **Le dépistage:** Compte tenu de l'ampleur et des très nombreuses formes de violence à l'égard des femmes, le dépistage de ces pratiques pendant les consultations ou les tests volontaires peut contribuer à fournir aux femmes un point de départ pour obtenir une assistance et accéder aux services de santé. L'évocation systématique avec les femmes de la violence dans le cadre des services de conseils et de tests de dépistage volontaire permet par ailleurs:
 - d'augmenter les taux de divulgation;
 - de faciliter la levée des obstacles aux soins et au traitement du VIH liés à la violence à l'égard des femmes;
 - de changer les attitudes des prestataires de services vis-à-vis de la violence à l'égard des femmes;
 - de faire reculer la stigmatisation et la discrimination attachées au VIH et la violence à l'égard des femmes.
 - **Indications ou conseils avant le test de dépistage:** Les indications et les conseils fournis avant le test de dépistage offrent l'occasion aux prestataires des services de santé de partager des informations de base sur la violence à l'égard des femmes et le VIH/sida. Cela permet également aux femmes d'évaluer leurs risques, de penser aux moyens d'en diminuer la portée, et de se préparer aux résultats du test (OMS, 2009a, p.31).
 - **Confidentialité:** Les tests doivent être en tout temps volontaires et confidentiels. Un test positif pour VIH ou simplement le fait de passer un

test risquent d'aggraver le danger de violences envers la femme, surtout lorsque le partenaire intime est présent. Il est donc impératif d'assurer que le partenaire ne sera pas au courant de la décision de la femme de passer le test de dépistage à moins d'un accord explicite de celle-ci.

- **Divulgation:** La divulgation risque d'entraîner des actes de violence et de discrimination de la part des partenaires intimes, des membres de la famille et de la communauté. C'est pourquoi il est important de vérifier que la réglementation en vigueur rend la divulgation facultative.

- À l'occasion des contacts avec des patients victimes de violences commises par les partenaires intimes, il est impératif de fixer des modalités de divulgation sûres dans le cadre des consultations prévues après le test de dépistage, qui s'inscrivent dans les services de consultation et de dépistage volontaire. Ces modalités prévoient:
 - d'amorcer un dialogue avec les clients sur leurs craintes de violence et d'abandon comme facteurs dans leur décision de divulguer leur état de santé à leur partenaire (OMS, 2009a);
 - de vous concerter avec votre client sur les mesures sécuritaires à prendre en cas de divulgation. Il est important de comprendre que la divulgation en la présence du partenaire intime peut entraîner des risques accrues de violence;
 - d'envisager, avec l'accord de votre client, la possibilité d'une divulgation par l'intermédiaire d'un conseiller en médiation (Maman et al., 2006; OMS, 2006). Sa présence permet de créer un cadre favorable à la divulgation. La divulgation par l'intermédiaire de médiateur doit éviter les reproches et la tension en fournissant des indications exactes sur la transmission et la prévention (Baty, 2008).
 - d'encourager et de faciliter la communication à l'intérieur des couples sur la question du VIH et du sida et sur les services de consultation et les tests de détection volontaire. Ce dialogue contribue à encourager les couples à passer des tests ensemble et à faire connaître leur condition (Maman et al., 2006; OMS, 2006). Des entretiens séparés avec les hommes et les femmes en vue des consultations avant et après le test sont de nature à faciliter l'ensemble du processus de consultation et de dépistage volontaire des couples, tout en atténuant les risques de violence. À l'issue du test, les couples devraient pouvoir décider s'ils souhaitent se

présenter ensemble pour la sérodivulgence; cette option devrait inclure la présence de membres de clubs de soutien pour couples sérodiscordants (Maman et al. 2006).

Protocoles relatifs à la violence dans le cadre des consultations sur la divulgation de la séropositivité (118)

Exemple 1. Protocole de consultation de Dar es Salaam, République-unie de Tanzanie

Dans un centre médical de consultation et de dépistage pour le VIH à Dar es Salaam, les chercheurs ont piloté le protocole suivant pour soulever la question de la violence dans le cadre des consultations sur la divulgation de la séropositivité. Les conseillers ont posé aux femmes les questions suivantes :

1. Est-ce que votre partenaire sait que vous passerez un test pour le VIH?
2. Si vous dites à votre partenaire que vous êtes séropositive, pensez-vous qu'il vous soutiendra?
3. Est-ce que vous craignez la réaction de votre partenaire si vous lui annoncez les résultats du test pour le VIH?
4. Est-ce que votre partenaire vous a jamais fait mal physiquement?
5. Est-ce que vous pensez que votre partenaire risque de vous faire mal physiquement si vous lui dites que vous avez passé le test pour le VIH et qu'il s'est révélé positif?

Les conseillers ont soutenu la décision des femmes de divulguer les résultats si elles ont répondu par l'affirmative ou la négative à la question 1, par l'affirmative à la question 2 et par la négative aux questions 3 à 5. Si les femmes ont répondu négativement à la question 2, et positivement à l'une des questions 3 à 5, les conseillers ont agi prudemment et exploré plus en avant les risques de violence auxquels s'exposait chaque femme en divulguant sa situation. Si les conseillers estimaient que ce risque était élevé, ils examinaient des solutions alternatives, notamment la décision de ne pas divulguer, de retarder la divulgation jusqu'au moment où la sécurité de la femme serait garantie, ou de préparer un plan de divulgation par l'intermédiaire d'un médiateur, permettant aux femmes de se faire accompagner à la clinique de leur partenaire pour divulguer, ou de demander à une personne de confiance de la famille ou un ami d'être présent au moment de la divulgation à leur partenaire. Si les femmes ont répondu négativement à la question 2 et par l'affirmative aux questions 3 à 5, et quelle que soit leur réponse à la question 1, les conseillers ont envisagé ces alternatives pour la divulgation.

Exemple 2. Family Health International (FHI): région Asie-Pacifique

Pour la région que le FHI désigne comme Asie-Pacifique, son personnel a élaboré le protocole suivant à l'intention des conseillers qui proposent à leurs clients différentes solutions de divulgation.

1. Le conseiller demande: "Il y a certaines questions que je pose régulièrement à tous mes clients car certains sont dans des relations où ils ont peur d'être physiquement malmenés par leur partenaire. Quelle réaction attendez-vous de votre partenaire au cas où les résultats seraient positifs?"
2. Si le client indique qu'il/elle a peur ou est inquiet/inquiète, le conseiller demande: "Est-ce que vous avez jamais eu peur de votre partenaire? Est-ce qu'il vous a jamais poussé, attrapé, giflé, étranglé ou frappé à coups de pied? Menacé de faire mal à vous ou vos enfants, ou à un proche? Harceler, suivre ou surveiller vos faits et gestes? "
3. Si le client répond par la positive à l'une de ces questions, le conseiller précise: "À partir de ce que vous m'avez dit, pensez-vous qu'en parler à votre partenaire entraînera des risques pour vous ou votre partenaire?"

Le client est ensuite invité(e) à prendre une décision sur la divulgation sur la base d'une évaluation réaliste de la menace.

Source: OMS, 2009a. *Integrating Gender into HIV/AIDS Programmes in the Health Sector: Tool to Improve Responsiveness to Women's Needs*. Genève, Suisse: Département Genre, Femmes et Santé de l'OMS, p. 38.

- **Tests réguliers:** Malgré l'absence de données factuelles sur les tests réguliers et la diversité des avis du corps médical ou des experts, les tests réguliers peuvent aboutir à des violations des droits des femmes s'ils ne sont pas effectués avec le consentement avisé de chaque patient. Cela signifie qu'à moins de garantir leur nature sécuritaire, confidentielle et facultative, il faudra utiliser le modèle de dépistage facultatif plutôt que celui de dépistage systématique sauf refus du patient :
 - **Modèle de dépistage systématique:** Ce sont les tests de dépistage réguliers pour le VIH administrés aux femmes sauf refus explicite de leur part (Organisation mondiale de la santé et ONUSIDA, 2007). Le principe du choix avisé risque d'être altéré dans ces cas en raison du manque de formation des prestataires de santé et d'autres obstacles qui séparent les prestataires de service des femmes, telles que les différences sociales et culturelles.
 - **Modèle de dépistage facultatif:** Ce sont les tests administrés avec l'accord avisé de chaque patient plutôt que les tests systématiques

(Organisation mondiale de la santé et ONUSIDA, 2007). L'utilisation de ce modèle est plus adaptée au contact avec les populations les plus vulnérables qui risquent d'être les plus exposées aux actes de violence lorsqu'elles divulguent les résultats des tests de séropositivité.

- **Formation du personnel:** Le personnel des services de consultation et de dépistage volontaire devrait suivre des stages de sensibilisation aux différences entre les sexes, les classes sociales et les appartenances ethniques qui sont de nature à provoquer des inégalités des rapports de force entre eux-mêmes et les clients (OMS, 2009a). Ces stages devraient inclure une formation sur l'utilisation d'un langage simple pour expliquer des termes médicaux et techniques que les clients risqueraient de ne pas comprendre autrement, et sur la manière d'éviter d'adopter des attitudes moralisatrices et d'exprimer des préjugés personnels vis-à-vis des clients (OMS, 2009a).

Sujets pour la formation des conseillers sur la violence et le VIH

Analyser les corrélations entre le VIH et la violence, y compris les manières dont la violence aggrave les risques de VIH pour les femmes;

Analyser les expériences des femmes avec la divulgation de leur séropositivité;

Apprendre les stratégies de conseils sur la violence et la peur de la violence utilisées pendant la consultation et la divulgation;

Analyser les expériences des femmes qui négocient la réduction des risques dans les relations violentes;

Apprendre les stratégies de conseils sur la réduction des risques pour les femmes vivant dans des relations violentes;

Utiliser les techniques d'accompagnement psychologique continu pour les femmes vivant dans des relations violentes;

Indiquer comment satisfaire les besoins de soutien après-test pour les femmes vivant dans des relations violentes.

Source: S. Maman, E. King, A. Amin, C. Garica-Moreno, D. Higgins et A. Okero, 2006. [Addressing Violence against Women in VIH Testing and Counselling: A Meeting Report](#). Genève, Suisse, OMS, p.23.

Exemple: Vezimfilho!

(*"Briser le silence"*) est un programme de formation développé en Afrique du Sud qui propose aux prestataires de services de dépistage volontaire et d'accompagnement

psychologique des moyens pour lutter contre la violence sexiste. Le programme explore les raisons pour lesquelles la violence sexiste relève de l'intérêt public et les moyens par lesquels les agents sanitaires peuvent aider les patients maltraités. Le programme permet aussi d'améliorer les techniques d'identification, de consultation, de communication et d'intervention. Il s'adresse en particulier aux conseillers non-professionnels et aux autres prestataires de services de dépistage volontaire et d'accompagnement psychologique. Voir [l'étude](#).

Renforcement des compétences pour lutter contre la violence sexiste par le biais du dépistage volontaire et de l'accompagnement psychologique (33)

VeZimfilho! ("*Briser le silence*") est un programme de formation développé en Afrique du Sud qui propose aux prestataires de services de volontaire et d'accompagnement psychologique des moyens pour lutter contre la violence sexiste. Le programme explore les raisons pour lesquelles la violence sexiste relève de l'intérêt public et les moyens par lesquels les agents sanitaires peuvent aider les patients maltraités. Le programme permet également d'améliorer les techniques d'identification, de consultation, de communication et d'intervention. Il s'adresse en particulier aux conseillers non-professionnels et aux autres prestataires de services de dépistage volontaire et d'accompagnement psychologique. Les principaux sujets du manuel incluent:

- la structure sociale du genre
- violence sexiste - priorité de la santé publique
- comment le secteur de la santé peut réagir à la violence sexiste
- attitudes envers la violence sexiste
- violence sexiste - causes et conséquences
- expériences de la violence liée au sexe
- identification de la violence liée au sexe
- obstacles à l'identification et à la divulgation de la violence
- rôle de la santé publique comme garante de la sécurité
- moyens de s'informer sur la violence et d'effectuer des évaluations sécuritaires
- techniques de consultation - comment améliorer la communication
- options pour les femmes maltraitées
- violence sexiste dans le dépistage volontaire et l'accompagnement psychologique
- renforcement des mécanismes de soutien, notamment les ressources communautaires

Messages clés contre la violence sexiste dans le secteur de la santé

- La violence sexiste est un problème de santé, la question n'est donc pas de savoir s'il faut la combattre mais comment .
- Les agents sanitaires des services de dépistage volontaire et d'accompagnement psychologique et ceux qui fournissent une assistance aux femmes maltraitées doivent tenir compte des facteurs qui mettent les femmes en péril et entravent la capacité des femmes séropositives à mener des vies normales.
- La mission des agents sanitaires qui luttent contre la violence sexiste est de:
 - s'informer sur la question;
 - se montrer rassurant, pas moralisateur;
 - indiquer ce en quoi cette violence peut aggraver le risque de VIH;
 - indiquer ses incidences sur la divulgation et une vie en tant que séropositif;
 - aborder les questions sécuritaires et fournir des informations sur les options.

Source: extraits de l'OMS, 2009a. *Integrating Gender into HIV/AIDS Programmes in the Health Sector: Tool to Improve Responsiveness to Women's Needs*. Genève, Suisse. Département Genre, Femmes et Santé de l'OMS, p.10.

Services d'orientation: Le nombre insuffisant de services d'orientation des victimes de la violence complique la mission des responsables des programmes sur le VIH de combattre efficacement la violence à l'égard des femmes (OMS, 2009a). Le tableau ci-dessous fournit une liste exhaustive de services médicaux et de soins de santé, ainsi que de services psychosociaux qui doivent figurer parmi les activités des services d'orientation qui intègrent la lutte contre le VIH/sida et la violence envers les femmes. Dans les cas où les services structurés d'assistance psychosociale seraient insuffisants, les programmes de soutien par les pairs peuvent s'avérer utiles pour assister les femmes dans toutes les étapes du processus de dépistage et d'accompagnement psychologique (OMS, 2006).

Types de services fournis par les réseaux d'orientation (65)

SERVICES MÉDICAUX ET DE SANTÉ

- ART (traitement antirétroviral), y compris assistance et initiation thérapeutiques, et consultation

SERVICES PSYCHOSOCIAUX

- Soins pédiatriques, y compris soins pour orphelins et enfants vulnérables;

- pour observance thérapeutique;
- Traitements cliniques pour infections opportunistes;
- Obstétrique et gynécologie, y compris dépistage du cancer cervical;
- Services de santé sexuelle et reproductive (SSR), comme la planification familiale, les soins prénatals et maternels, les services pour la santé reproductive et infections sexuellement transmissibles, services de SSR pour adolescents, services de consultation sur la sexualité;
- Dépistage et consultation sur le VIH;
- Services pour la prévention de la transmission mère-enfant;
- Services de santé psychologique;
- Échange de seringues usagées;
- Prophylaxie post-exposition (PPE);
- Services pharmaceutiques;
- Prévention (préservatifs, marketing social);
- Services pour groupes marginalisés (travailleurs du sexe, utilisateurs de drogues injectables et hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes);
- Gestion de l'alcoolisme, de
- Assistance financière et matérielle;
- Soins à domicile;
- Assistance juridique (biens, emploi, établissement de testament);
- Micro-financement et microcrédit générateurs de revenus;
- Interventions et consultation alimentaires;
- Consultation, soutien psychosocial et accompagnement par les pairs en cas de deuil;
- Clubs après- test et groupes d'entraide, associations de jeunes;
- Soutien spirituel (groupes confessionnels);
- Violence familiale, associations féminines et d'entraide.

l'abus de drogues et de substances;

- Prophylaxie du paludisme;
- Services pour la tuberculose;
- Soins palliatifs

Source: OMS, 2009a. *Integrating Gender into HIV/AIDS Programmes in the Health Sector: Tool to Improve Responsiveness to Women's Needs*. Genève, Suisse. Département Genre, Femmes et Santé de l'OMS, p. 47.

Instruments de référence:

- ***Integrating HIV Voluntary Counselling and Testing Services into Reproductive Health Settings: Stepwise Guidelines for Programme Planners, Managers and Service Providers*** (Bureau régional de l'Asie du Sud de la FIPF et FNUAP, 2004). Disponible en [anglais](#).
- ***Disclosure Assessment***, par Suzanne Maman, est un outil formé de cinq questions pour identifier les victimes de la violence à l'égard des femmes et évaluer la prise de risque. .
- ***Risk Reduction Counselling for Women at Risk for Violence***, par Elizabeth King, est un outil pour aborder différentes possibilités de violence dans les consultations sur la réduction des risques. L'outil offre plusieurs mises en situation que les conseillers peuvent explorer avec leurs clients pour faciliter la discussion sur l'utilisation du préservatif et la coercition sexuelle. Il comporte les trois sections suivantes : 1). couples jeunes et conjoints non mariés; 2). couples mariés; 3). femmes dans des relations de couple (partenariats permanents et conjoints mariés).
- ***Guidelines for Integrating Domestic Violence Screening into HIV Counselling, Testing, Referral & Partner Notification***, par le Département de la santé de l'État de New York, est un manuel qui passe en revue les directives du Département de la santé de l'État de New York sur la manière d'aborder la violence à l'égard des femmes dans les services de soins pour le VIH. Le manuel inclut des sous-titres intitulés *Domestic Violence Risk Assessment as a Standard of Care*, *Introducing a Discussion of Domestic Violence Within HIV Counselling and Testing*, *Referrals Should be Provided Whenever Domestic Violence or Risk of Domestic Violence is Identified*, *Discussion of Domestic Violence is Encouraged in Pretest Counselling* et *Domestic Violence Screening is required During Post-test Counselling of HIV-Infected Individuals*. Disponible en [anglais](#).

- ***Counselling Guidelines on Domestic Violence Southern African AIDS Training Programme*** (Southern African AIDS Training Programme, 2001). Disponible en [anglais](#).
- ***VCT Counsellor Interview Guide*** (Raising Voices, 2008). Cet outil, qui s'inscrit dans l'Initiative SASA!, a été développé pour fournir des indications pratiques aux conseillers en accompagnement psychologique et dépistage volontaire sur la manière d'aborder la violence avec leurs clients. Disponible en [anglais](#).

Ressources supplémentaires:

- ***The Intersection of HIV and Intimate Partner Violence : Considerations, Concerns, and Policy Implications*** (M.L. Bary, 2008). Family Violence Prevention & Health Practice. Disponible en [anglais](#).
- ***Screening Persons Newly Diagnosed with HIV/AIDS for Risk of Intimate Partner Violence: Early Progress in Changing Practice*** (S.J. Klein, J.M. Tesoriero, S.Y. Leung, K.K. Heavner, G.S. Birkhead, 2008). Disponible en [anglais](#).
- ***Addressing Violence against Women in HIV Testing and Counseling: A Meeting Report*** (S. Maman, E. King, C. Garcia-Moreno, D. Higgins et A. Okero/OMS, 2006). Disponible en [anglais](#).

Prévention de la transmission périnatale (connue également comme prévention de la transmission de la mère à l'enfant)

- Plus de 90% des quelque 2,1 millions d'enfants de moins de 15 ans vivant avec le VIH dans le monde ont contracté l'infection par leurs mères. La prévention de la transmission périnatale pendant la grossesse et l'accouchement, et par l'allaitement naturelle est un domaine qu'il est possible de contrôler avec de faibles moyens. Pourtant, les interventions de prévention de la transmission périnatale demeurent insuffisantes: en 2009, on estimait à 26% le pourcentage des femmes enceintes ayant passé un test de dépistage pour le VIH, et à 53% celui des femmes enceintes vivant avec le VIH qui avaient reçu des antirétroviraux pour la prévention de la transmission du virus à leurs enfants (OMS/ONUSIDA/UNICEF, 2010). Comme pour les cas d'accompagnement psychologique et de dépistage volontaire, la stigmatisation, la discrimination et la peur de la violence dissuadent les femmes de rechercher et d'observer des traitements de prévention de la transmission périnatale (Voir également OMS, 2009a. *Integrating Gender into HIV/AIDS Programmes in the Health Sector: Tool to Improve Responsiveness to Women's Needs*. Genève, Suisse: OMS, Département Genre, Femmes et Santé).
- L'intégration de la violence envers les femmes dans les services de prévention de la transmission périnatale devrait avoir comme objectifs prioritaires l'accès le plus

large au plus grand nombre de méthodes de prévention de la transmission périnatale et la dénonciation de l'opprobre attaché au VIH, tout en encourageant et facilitant la divulgation (IGWG, USAID, 2009).

Les actions à cette fin devraient :

- Établir et renforcer les liens entre les programmes et services sur le VIH et les services de santé sexuelle et reproductive (planification familiale, infections sexuellement transmises, dépistage du cancer cervical);
- Former le personnel des services de planification familiale au **dépistage** systématique de la violence dans le cadre des soins prénatals et à la prestation de services d'accompagnement psychologique et de dépistage volontaire;
- Apprendre au personnel des services de planification familiale de traiter les femmes vivant avec le VIH comme des patientes ordinaires, en leur proposant une gamme complète de choix contraceptifs et en les orientant vers d'autres services de santé comme de besoin;
- Prévoir des consultations de suivi pour les femmes enceintes séropositives. Les prestataires de services de santé peuvent saisir cette occasion pour leur fournir des indications sur la prévention de la transmission périnatale, l'importance de la prophylaxie antirétrovirale et les risques possibles de la divulgation de leur séropositivité (notamment la violence du partenaire). L'utilisation de pairs conseillers ou de conseillers communautaires non-professionnels peut s'avérer particulièrement utile à ce stade dans la mesure où ceux-ci ont des expériences personnelles à partager et disposent généralement de plus de temps que les conseillers des centres de soins. À titre d'exemple, des femmes vivant avec le VIH qui ont passé des tests de dépistage pour la prévention de la transmission périnatale, peuvent agir comme des pairs conseillers et sont en mesure d'offrir un soutien aux autres femmes. Leur rôle est particulièrement important car elles peuvent confirmer que les interventions de prévention de la transmission périnatale contribuent bien à réduire les risques aux enfants à venir. Elles peuvent également servir d'exemple aux autres, utilisant leur propres expériences pour rassurer les femmes, les couples et les communautés que le programme est sûr et efficace (extraits de l'OMS, 2009a. *Integrating Gender into HIV/AIDS Programmes in the Health Sector: Tool to Improve Responsiveness to Women's Needs*. Genève, Suisse. Département Genre, Femmes et Santé de l'OMS, Femmes et santé, p. 35)

Exemple : Le programme MOTHERS-TO-MOTHERS (M2M) en Afrique du Sud confie à des mères séropositives qui ont récemment accouché la tâche d'informer, de conseiller et d'assister des femmes enceintes séropositives qui suivent des traitements cliniques

prénatals de prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION MÈRE-ENFANT) (TMF). À chacune de ces visites, les conseillères s'entretiennent avec les femmes enceintes, partagent leurs expériences personnelles, les encouragent à observer la prophylaxie antirétrovirale et leur apportent un soutien pendant leur séjour en clinique. Pour leur part, les conseillères reçoivent une instruction et un soutien continu, y compris une rémunération modeste. Le premier programme M2M a démarré dans un hôpital de soins tertiaires, alors que d'autres programmes devraient être lancés graduellement dans plusieurs centres de soins maternels primaires. Ce programme de soutien par les pairs s'inscrit parfaitement dans les soins prénatals réguliers. Il informe les femmes enceintes et les mères, leur permettant d'acquérir une autonomie dans leurs familles et communautés. L'autonomisation des femmes contribue à effacer les stigmates attachés à l'infection au VIH et à améliorer les conditions de santé communautaire. Les femmes en période post partum qui avaient assisté à deux séances ou plus de ce programme étaient nettement plus enclines à divulguer leur séropositivité que celles qui n'y avaient jamais participé (97% contre 85%; $p < 0,01$). Les participantes au programme étaient par ailleurs plus susceptibles d'avoir reçu une prophylaxie antirétrovirale (95% contre 86%; $p < 0,05$) et rapporté un mode exclusif d'alimentation des nourrissons (allaitement naturel ou alimentation de substitution). En outre, ces femmes se disent bien plus épanouies que leurs homologues, ayant le sentiment de pouvoir s'aider elles-mêmes, de s'occuper de leurs enfants et de vivre avec leur séropositivité.

Source: extraits de l'OMS, 2009a. *Integrating Gender into HIV/AIDS Programmes in the Health Sector: Tool to Improve Responsiveness to Women's Needs*. Genève, Suisse: Département Genre, Femmes et Santé de l'OMS, p.36.

Exemple: The Twubakane Decentralization and Health Program (Programme Twubakane de Décentralisation et de Santé) est un programme de cinq ans lancé au Rwanda qui vise à renforcer les structures de décentralisation pour mieux répondre aux besoins de la population locale et promouvoir l'amélioration et l'utilisation des services communautaires. L'objectif global du Programme Twubakane est d'élargir l'accès aux services de santé familiale, et d'en améliorer la qualité et utilisation dans les centres de santé et les communautés, par le renforcement des capacités des administrations locales et des communautés à assurer de meilleurs services de santé décentralisés. Entre 2002 et 2004, ItraHealth a testé en Arménie une méthode d'évaluation de la capacité des systèmes sanitaire, politique et communautaire à réagir à la violence sexiste dans le cadre de deux services obstétricaux-gynécologiques.

En réponse à une demande d'aide de l'USAID/Kigali, Twubakane a mené une évaluation qualitative et quantitative analogue destinée à un projet d'intégration des interventions contre la violence basée sur le sexe dans les services de soins prénatals et de prévention

de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (CPN/PTME). Après des consultations avec un comité de pilotage composé de tous les partenaires locaux dans la lutte contre la prévention de la violence basée sur le sexe (VBS) et la transmission du VIH au Rwanda, et s'appuyant sur les leçons tirées en Arménie, Twubakane a adapté et mis à l'essai cette méthode et outils d'évaluation des capacités en prévision de l'élaboration et de la mise en oeuvre d'une intervention multi-niveaux et multisectorielle de prise en charge de la VBS dans cinq localités des districts de Nyarugenge, Kicukiro et Gasabo de la Ville de Kigali.

Pour des renseignements supplémentaires, veuillez consulter le [site Web](#) de Twubakane.

Outils supplémentaires:

- Pour des **directives** et de la **documentation technique** sur la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, veuillez consulter la section spéciale du site Web de l'Organisation mondiale de la santé en [anglais](#).
- **Outils d'évaluation des capacités de prise en charge des violences basées sur le genre et de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant** (IntraHealth International, 2008). Projet **Twubakane**. Tous ces [outils](#) sont disponibles en anglais et français et incluent:
 - des fiches d'évaluation des historiques cliniques des prestataires dans la prise en charge des VBG;
 - des guides pour les discussions de groupe dirigées avec les clients des services de soins prénatals et de prévention de la transmission mère-enfant (CPN/PTME); Intégration de la prise en charge des violences dans les services de CPN/PTME;
 - des guides pour les discussions de groupe dirigées avec les membres de la communauté;
 - des guides pour les discussions de groupe dirigées avec les prestataires de services de PTME: Intégration des réponses à la violence dans les services de CPN/PTME;
 - des guides d'entretien avec les partenaires dans le domaine légal et politique et formulaire d'analyse des documents;
 - inventaire évaluatif des capacités des formations sanitaires à prendre en charge les violences basées sur le sexe;
 - Questionnaire d'évaluation des connaissances et des croyances relatives aux violences basées sur le genre (VBG);

- Guide d'identification des organisations intervenant dans la prise en charge des VBG.
- ***Integrating Gender into HIV/AIDS Programmes in the Health Sector: Tool to Improve Responsiveness to Women's Needs*** (Organisation mondiale de la santé, 2009a). Disponible en [anglais](#).

Ressources supplémentaires:

- ***Prevention of Mother-to-Child Transmission Services as a Gateway to Family-Based Human Immunodeficiency Virus Care and Treatment in Resource-Limited Settings: Rationale and International Experiences*** (E.J. Abrams, L. Myer, A. Rosenfield, et W.M. El-Sadr, 2007). *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. Vol. 197, Suppl. No.3, S101-S106. Publication disponible en [anglais](#).
- ***Gender-based Violence, Relationship Power, and Risk of HIV Infection in Women Attending Antenatal Clinics in South Africa*** (K.L. Dunkle, R. Jewkes, G.E. Brown, J.A. McIntyre, S.D. Harlow, 2004). *The Lancet*, Vol. 363, No. 9419 (mai), 1415-1421. Publication disponible en [anglais](#).
- ***Partner Notification in Pregnant Women with HIV: Findings from Three Inner-city Clinics*** (K.M. Forbes, N. Lomax, L. Cunningham, J. Hardie, H. Noble, L. Samer et al., 2008). *HIV Medicine*, Vol. 9, No. 6, 433-435. Publication disponible en [anglais](#).

Lutte contre la violence à l'égard des femmes séropositives VIH

- Les femmes séropositives sont exposées aux mêmes formes de violence que les autres femmes, auxquelles s'ajoutent de nouvelles formes de violence directe et indirecte, la stigmatisation et les discriminations causées par leur condition. Ces violences se manifestent sous des formes diverses comme:
 - rejet
 - expulsion
 - confiscation des biens
 - interdiction de voir leurs enfants
 - mauvais traitements infligés par les membres de la famille et les beaux-parents
 - mauvais traitements infligés par les prestataires de services
 - stérilisation forcée et différentes formes de contrôle des moyens contraceptifs
 - avortement forcé
 - violence, mauvais traitements et extorsion policière
 - manque à gagner
 - mauvais traitements liés au travail (divulgation non-autorisée, test de dépistage sans consentement, licenciement ou retrait de l'offre d'emploi)
 - refus de fournir des médicaments

- usage d'un langage discriminatoire
- législations et politiques qui ignorent les sexospécificités et le VIH
- essais cliniques qui ne respectent pas assez l'autonomie, la sensibilité et les droits des femmes
- prépondérance des conceptions scientifiques occidentales des « pièces à conviction »
- incapacité institutionnelle à saisir les réalités des expériences des femmes séropositives et à créer des conditions favorables (non-reconnaissance du viol conjugal, inexistence des droits de propriété et de succession, protection de l'emploi)

Source: extraits de F. Hale et M. Vasquez/*Development Connections, Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH et le sida et l'ONU-Femmes*. 2011.

[**Violence Against Women Living with HIV/AIDS: A Background Paper**](#). Voir l'article pour les études supplémentaires citées. Disponible aussi en [espagnol](#).

- Les femmes vivant avec le VIH ont les mêmes droits que tous les autres hommes ou toutes les autres femmes. La lutte contre la stigmatisation, la discrimination et la violence dont elles sont victimes implique une réévaluation des politiques et législations pour s'assurer qu'elles cadrent avec les droits internationaux de la personne et répondent aux besoins des femmes séropositives, soutiennent les réseaux de femmes séropositives pour faciliter le suivi et la mise en œuvre de la législation, offrent une aide aux associations féminines et autres organisations les plus actives dans la satisfaction des besoins des femmes séropositives et la prestation de services de ce type, encouragent les campagnes de promotion, de sensibilisation et de mobilisation communautaire pour corriger les normes sociales et les pratiques de comportements nuisibles dans l'ensemble de la population, et le renforcement des capacités des agents de santé, de la police, et de l'appareil judiciaire à intervenir à bon escient.

Accéder aux séances enregistrées pour entendre des spécialistes de la violence à l'égard des femmes séropositives:

- [**Current definitions and data on types of violence, dimensions, social determinants and consequences of violence against women living with HIV**](#) (Fiona Hale, Salamander Trust)
- [**Projects and programmes addressing violence against women living with HIV**](#) (MariJo Vazquez, Salamander Trust)
- [**Strategic issues regarding violence against women living with HIV for advocacy, research, programming and policy development**](#) (Alice Welbourn, Salamander Trust).

Outils:

- ***The People Living with HIV Stigma Index*** ([Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH](#); [La Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH \(CIF\)](#), [La Fédération internationale pour la planification familiale \(FIPF\)](#) et [Le Programme commun des Nations Unis sur le VIH/sida \(ONUSIDA\)](#), avec le concours du Ministère du Royaume-Uni de développement international). Cet outil, développé par des personnes vivant avec le VIH pour des personnes vivant avec le VIH vise à évaluer les stigmates attachés au VIH et les étapes dans la progression de leur élimination. Outil et directives connexes disponibles en [anglais](#).
- ***HIV & AIDS – Stigma and Violence Intervention Manual*** (N. Duvvury, N. Prasad et N. Kishore, N./CIRF, 2006). Disponible en [anglais](#).
- ***Understanding and Challenging HIV Stigma: Toolkit for Action*** (revised edition) (Alliance internationale contre le VIH/sida et PACT, Tanzanie, 2007). Disponible en [anglais](#).
- ***Facilitator's Guide for Training on HIV & AIDS Stigma and Discrimination Reduction*** (WACC/Christian Council of Ghana, 2010). Disponible en [anglais](#).
- ***Reducing HIV Stigma and Gender Based Violence Toolkit for Health Care Providers in India: Toolkit for Health Care Providers in India*** (CIRF, 2007). Disponible en [anglais](#).
- ***Understanding and Challenging HIV Stigma: Toolkit for Action*** (CIRF, 2003). Disponible en [anglais](#).
- ***Can We Measure HIV/AIDS-related Stigma and Discrimination? Current Knowledge about Quantifying Stigma in Developing Countries*** (L. Nyblade et K. MacQuarrie/Centre international de recherche sur les femmes, 2006). Disponible en [anglais](#).
- ***Santé sexuelle et reproductive des femmes et adolescentes VIH+ : Manuel pour les formateurs et responsables de programme*** (Engerhealth et Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/sida, 2006). Disponible en [anglais](#), [espagnol](#), [français](#), [portugais](#) et [russe](#).
- ***Positive Women Monitoring Change: A Monitoring Tool on Access to Care, Treatment and Support, Sexual and Reproductive Health and Rights and Violence against Women Created by and for HIV Positive Women*** (Communauté internationale des femmes vivant le VIH/sida, 2005). Disponible en [anglais](#).

4. Établir des services d'appui spécialisés

4a. Généralités

Aux fins de surmonter certaines des difficultés de l'intégration des programmes d'appui aux survivantes dans le système de santé, il a été élaboré dans divers pays de par le monde plusieurs modèles qui fournissent à celles-ci des services spécialisés. Ces programmes peuvent être implantés dans des établissements de santé ou au sein de la communauté concernée. Quoi qu'il en soit, ils sont caractérisés par le fait qu'ils ciblent spécifiquement le problème de la violence à l'égard des femmes et des filles.

Leçons à retenir : Un examen entrepris au Royaume-Uni a noté que même lorsqu'il existe des services spécialisés pour la prise en charge des agressions sexuelles, il y a généralement certaines régions du pays considéré où les prestations de services sont considérablement moins bien organisées ([End Violence against Women and Equality and Human Rights Commission](#), 2007). C'est là un reflet de cette réalité que la plupart des pays en sont encore au stade d'une réalisation progressive du droit d'accès à des services de santé de qualité dans les cas d'agression sexuelle, compte tenu des ressources nationales disponibles et des cadres législatifs appropriés en place.

Dans les pays à revenu intermédiaire et à faible revenu, [les centres d'aide aux victimes d'agressions sexuelles](#) dotés d'un personnel de santé spécifique ayant reçu une formation spécialisée représentent **un idéal** en matière de soins, mais on ne peut s'attendre à les trouver, en tout réalisme, que dans les zones à très forte concentration de population. Ailleurs, il est plus réaliste, vu les coûts, de s'attendre à avoir un personnel formé dans des établissements identifiés comme fournissant des soins aux victimes d'agression sexuelle ou un [programme de personnel infirmier examinateur des victimes d'agression sexuelle](#). Même si les centres d'aide spécialisés constituent le modèle préféré, il faut décider si le personnel sera exclusivement médical, infirmier ou mixte. Bien que les services médico-légaux dirigés par du personnel infirmier offrent souvent un amalgame particulièrement satisfaisant de compétences de haut niveau et de soins axés sur les victimes/survivantes, il n'y a pas de raisons qui s'opposent à ce qu'il en aille autrement dans les services dirigés par des médecins si ceux-ci ont reçu une formation appropriée et si le personnel fournissant les prestations et les administrateurs de l'établissement partagent le même éthos. Dans la pratique, la décision relative aux personnels qui dispensent les soins repose généralement sur des antécédents historiques en matière de prestations de soins, l'importance de la pratique infirmière et l'acceptabilité des personnels infirmiers en tant que témoins experts devant les tribunaux (extrait de Jewkes, R., 2006. "Paper for Policy Guidance: Strengthening the Health Sector Response to Sexual Violence" [« Document d'orientation politique : renforcement de la réponse du secteur de la santé à la violence sexuelle »]).

Exemple : En **Afrique du Sud**, des recherches approfondies ont été menées par le Medical Research Council pour déterminer comment l'on pourrait, de manière pratique, fournir des services de qualité aux victimes/survivantes d'agression sexuelle sans porter atteinte à la satisfaction de leurs besoins. Voir la [présentation Powerpoint](#) [en anglais] décrivant l'emploi qui a été fait des recherches pour l'élaboration et l'application des politiques.

4b. Programmes de personnel infirmier examinateur de victimes d'agression sexuelle

- Lorsqu'elles sont prises en charge en milieu hospitalier par du personnel non spécialisé, les survivantes de viol risquent de recevoir des soins peu appropriés et non conformes aux principes éthiques. Elles risquent de passer des heures à attendre dans les salles d'urgence et de ne pas se voir administrer toute la gamme des traitements nécessaires. Les prestataires de soins médicaux risquent de n'avoir pas été suffisamment formés aux procédures médico-légales de recueil des preuves ou de ne pas fournir aux survivantes le soutien affectif dont elles ont besoin.
- Dans les programmes de personnel infirmier examinateur de victimes d'agression sexuelle, ce personnel a reçu une formation spécialisée et les programmes sont veillent généralement, de par leur conception, à la fourniture de prestations de qualité aux survivantes. Les infirmières/infirmiers interviennent généralement dans des salles d'examen réservées à cet usage; lorsque le programme couvre plusieurs hôpitaux, ce sont les infirmières/infirmiers qui se déplacent et il peut même y avoir des unités d'examen mobiles (Jewkes, 2006).
- Le personnel infirmier doit généralement dispenser les soins médicaux d'urgence et faciliter par ailleurs l'accès aux services d'appui permanents. Il a reçu une formation spéciale sous forme de cours agréés et il est attendu de lui qu'il dispense des soins médicaux complets. Certains programmes sont dotés d'un personnel à temps plein; d'autres font appel à du personnel qui se tient en disponibilité (Jewkes, 2006).
- Ce modèle est susceptible d'offrir des avantages potentiels pour les pays en développement qui souffrent souvent d'une pénurie de médecins. Étant donné que le personnel infirmier témoigne devant les tribunaux, il est essentiel que le système juridique reconnaisse son expertise et y accorde la même valeur qu'à celle des médecins (Jewkes, 2006).

Leçon à retenir : Il est essentiel pour assurer le succès des programmes de personnel infirmier examinateur de victimes d'agression sexuelle que le personnel formé dispose des ressources et des appuis dont il a besoin, en particulier dans les situations où il a des responsabilités supplémentaires, outre ses attributions médico-légales. Les

administrateurs peuvent ne pas comprendre que les besoins des services de santé en rapport avec les agressions sexuelles doivent venir avant ceux des autres soins de santé. Ce problème particulier se manifeste dans certains systèmes hors de l'Amérique du Nord.

Exemple : Le service médico-légal du Personnel infirmier examinateur de victimes d'agression sexuelle (SANE - *Sexual Assault Nurse Examiner*) donne des résultats positifs aux États-Unis. Ce personnel se compose d'infirmiers/infirmières diplômés ayant suivi une formation spécialisée en examen médico-légal des survivantes d'agression sexuelle. La formation, établie par l'International Association of Forensic Nurses, compte 40 heures d'enseignement en classe et 40 heures de stage pratique (Taylor, 2002).

Les buts du service SANE sont les suivants : protéger les survivantes de traumatismes supplémentaires; assurer une intervention d'urgence; recueillir, documenter et conserver les éléments de preuves selon les principes de la médecine légale; évaluer et traiter les infections sexuellement transmises; évaluer les risques de grossesse et offrir des soins préventifs; évaluer et documenter les lésions/blessures et assurer la prise en charge des survivantes; orienter les survivantes vers des soins médicaux et des conseils d'accompagnement immédiats ainsi que de suivi (Ledray, 1999). L'équipe SANE peut se composer d'un(e) prestataire de soins, d'un membre de la police et d'un conseiller/d'une conseillère juridique spécialisé(e) en matière de viol. Grâce à l'approche par équipe, la survivante ne doit relater les faits qu'une seule fois. Seuls devraient être présent(e)s durant l'examen le/la prestataire de soins et le conseiller/la conseillère.

Les patientes prises en charge par les services SANE aux États-Unis sont examinées plus attentivement et reçoivent des soins de meilleure qualité comme l'indiquent un pourcentage supérieur d'examens physiques complets effectués et un pourcentage supérieur de trousse de prélèvement de preuves constituées en vue de poursuites (Derhammer et al., 2000, cité dans Martin et al., 2007)

Pour des informations détaillées sur la mise en place et l'administration d'un programme SANE, voir ***Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) Development & Operations Guide*** (Ledray, L./Washington DC: Office for Victims of Crime, U.S. Department of Justice, 1999). Disponible en [anglais](#).

4c. Centres d'intervention pour violence entre partenaires intimes et/ou agression sexuelle (également dits centres de services intégrés)

- Les centres d'intervention pour violence entre partenaires intimes et/ou agression sexuelle, également dits centres de services intégrés, fournissent des services multisectoriels aux survivantes, notamment en matière de santé, bien-être, conseils et services juridiques en un même point (Colombini et al., 2008). Ces centres d'urgence sont généralement implantés dans des établissements de santé, notamment dans les services d'urgence hospitaliers ou en tant qu'unités autonomes à proximité d'un hôpital coopérant (Nations Unies, 2006a). Ils peuvent être dotés en personnel spécialisé en poste 24 heures sur 24 ou en disponibilité sur appel.

Centres de services intégrés

L'une des bonnes pratiques les plus connues en matière de prestation de services est celle qui consiste à réunir les divers services en un seul et même lieu. On parle alors souvent de « centre de services intégrés », ces centres étant des unités interorganisations destinées aux victimes/survivantes de violence domestique ou d'agression sexuelle. Le premier d'entre eux a été établi dans le plus grand hôpital général de la **Malaisie**, administré par l'État. La victime/survivante est d'abord examinée et soignée par un médecin, puis, dans les 24 heures qui suivent, s'entretient avec un conseiller/une conseillère dans une salle d'examen distincte pour assurer la confidentialité et le respect de sa vie privée. S'il s'avère que la victime courrait des risques en rentrant chez elle, le médecin ou le conseiller la fait héberger dans un foyer d'accueil ou l'admet au service des urgences et des accidents pendant 24 heures. Si la patiente décide de rentrer chez elle, elle est encouragée à revenir voir une assistante sociale à l'hôpital à une date ultérieure. On l'encourage également à faire une déclaration à la police, au poste intégré à l'hôpital. En cas de blessures graves, un officier de police se rend dans le service de santé pour recueillir la déclaration de la victime et lancer l'enquête. Ce modèle est actuellement reproduit dans de nombreuses régions du monde.

Interrogez la [Base de données du Secrétaire général](#) pour savoir quels sont les pays qui ont établi des centres de services intégrés.

Source : Adapté d'après l'[Étude du Secrétaire général sur la violence à l'égard des femmes](#), 2006.

- Il est un fait démontré que lorsque les centres de services intégrés sont suffisamment dotés en ressources et en personnel et bien gérés, la demande de service et les déclarations augmentent. Dans un hôpital de district kényan, par exemple, une fois que des services intégrés pour les victimes de viol ont été offerts, le taux de déclaration des viols a décuplé en l'espace de trois mois (Taegtmeier et al., 2006).
- Toutefois, l'efficacité de tels centres dépend de l'engagement des administrateurs ainsi que de la formation et de la fourniture d'appuis à tout leur personnel. Parmi les leçons à retenir de l'établissement d'un centre polyvalent en Thaïlande, figurent notamment celles-ci :
 - L'administration hospitalière doit être associée à l'établissement du centre polyvalent
 - Il est essentiel que les divers personnels hospitaliers travaillent en équipe
 - La formation des personnels hospitaliers doit porter non seulement sur les aspects techniques de la violence à l'égard des femmes, mais aussi sur des questions telles que les rapports de puissance, les relations, le genre et la sexualité.
 - La sensibilisation de la police aux mêmes questions est, elle aussi, importante.
 - Les visites d'autres centres d'intervention d'urgence peuvent fournir un point de départ utile lors de la conception des services.
 - Initialement, les prestataires de soins de santé peuvent ne repérer que les cas d'abus les plus évidents, mais le partage d'expérience entre les membres du

- personnel de différents services pourra améliorer les capacités générales de dépistage.
- Les divers travailleurs de la santé doivent se conformer à un protocole standard. (Extrait de OMS, 2007)

 - Le Conseil de l'Europe recommande les services minimum suivants pour les centres d'aide aux victimes d'agression sexuelle implantés dans des établissements de santé; ces recommandations peuvent servir de ligne de référence pour déterminer les priorités lors de l'élaboration des programmes :

Tableau 8.16 : Normes spécifiques pour les services Centres d'aide pour les agressions sexuelles et services hospitaliers spécialisés

Normes minimum	Normes idéales	Droits de la personne	Appui
<p>Les victimes d'agression sexuelle doivent recevoir des soins conformes aux mêmes normes de qualité quelles que soient les circonstances de l'agression, ou leur statut juridique ou social.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les prestataires de soins devraient assurer un accès équitable à des soins médicaux de qualité. • Les services devraient formuler des protocoles et des procédures tenant compte de l'âge des victimes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Interdiction de la discrimination, CEDH Art. 14 & Protocole 12, Art.1, CEDAW, DUDH, Art. 7 & Charte de l'UE, Art.21 	
<p>Les services devraient établir de bonnes relations de travail avec les centres de secours aux victimes de viol, les foyers d'hébergement et tout autre prestataire de services local.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Interdiction des traitements inhumains, CEDH, Art. 3, PIDCP, Art. 6 & DUDH Art.1 • Respect de l'intégrité physique et morale ou mentale, CEDH, Art. 8, Charte de l'UE, Art.3 • Diligence en matière de prévention et d'enquête, DEVEF, Art 4 (c), Programme d'action de Beijing § 124 (b) & Rec(2002)5 CoE 	
<p>Le service des urgences des hôpitaux devrait avoir des protocoles pour la prise en charge des victimes</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Droit à des soins de santé et médicaux 	

<p>de violence sexuelle et pour la formation du personnel.</p>		<p>appropriés, Charte sociale & Charte sociale révisée Art.11, CEDAW, Art. 12, PIDESC, Art. 12, Charte de l'UE, Art. 35</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diligence en matière d'enquête, DEVEF, Art 4 (c), Programme d'action de Beijing § 124 (b) & Rec(2002)5 CoE 	
<p>L'environnement de réception et de traitement devrait être propre et assurer la sécurité et le respect de la vie privée.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Respect de la dignité, Charte de l'UE, Art.1, DUDH, Art.1 & Déclar. Millénaire, § 6 	
<p>Les services hospitaliers d'intervention en cas d'agression sexuelle devraient opérer selon le modèle des droits des victimes (voir les normes fondamentales).</p>		<p>Ditto</p>	
<p>Les examinateurs médico-légaux devraient être de sexe féminin, sauf autre demande des utilisateurs/utilisatrices des services. Les services devraient :</p> <ul style="list-style-type: none"> • accroître leur dotation en examinateurs médico-légaux de sexe féminin; • renforcer les capacités des examinateurs médico-légaux en matière de recueil des éléments de preuve et de documentation, et notamment de rédaction de rapports médico-légaux. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les prestataires de services devraient envisager de développer les services infirmiers médico-légaux pour élargir l'accès à ces services. • Les soins et services devraient être dispensés dans la langue maternelle de la patiente/du patient, ou dans 	<ul style="list-style-type: none"> • Respect de la dignité, Charte de l'UE Art.1, DUDH Art.1, & Déclar. Millénaire § 6 • Diligence en matière d'enquête, DEVEF, Art 4 (c), Programme d'action de Beijing § 124 (b) & Rec(2002)5 CoE • Interdiction de la discrimination, CEDH, Art. 14 & Proto 12, Art.1, CEDAW, DUDH, 	

	<p>une langue qu'elle/il comprend.</p> <ul style="list-style-type: none">• Les patientes devraient avoir accès à des interprètes de sexe féminin ayant de l'expérience en matière de prise en charge des traumatismes.	<p>Art. 7 & Charte de l'UE, Art.21</p> <ul style="list-style-type: none">• Respect de la diversité culturelle, religieuse et linguistique, Charte de l'UE Art.22	
--	--	--	--

Tableau 8.16 : Normes spécifiques pour les services Centres d'aide pour les agressions sexuelles et services hospitaliers spécialisés (suite)

Normes minimum	Normes idéales	Droits de la personne	Appui
<p>Les examinateurs médico-légaux devraient élaborer des processus organiques de consentement éclairé tout au long du processus d'examen.</p>	<p>Pour les normes minimum relatives au traitement, à l'examen médico-légal et à la documentation des constats, il convient de se conformer aux directives de l'OMS WHO¹.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Droit au consentement libre et éclairé dans le domaine de la médecine, Charte de l'UE, Art.3 • Respect de l'intégrité physique et morale ou mentale, CEDH, Art. 8 • Droit à des soins de santé et médicaux appropriés, Charte sociale & Charte sociale révisée, Art.11, CEDAW, Art. 12, PIDESC, Art. 12, Charte de l'UE, Art. 35 	
<p>Tous les membres du personnel devraient être formés au respect de la confidentialité et notamment au traitement des spécimens prélevés et des dossiers médicaux.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Droit au respect de la vie privée et à la protection des données personnelles, CEDH, Art.8, CPIAPPD, Art.8 & Charte de l'UE, Art.8 	
<p>Durant l'examen, le traitement ou les conseils, seules devraient être présentes les personnes suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Celles dont l'implication est nécessaire; • Celles dont l'utilisatrice/utilisateur 		<ul style="list-style-type: none"> • Respect de la dignité, Charte de l'UE, Art.1, DUDH Art.1 & Déclar. Millénaire, § 6 • Droit au respect 	

des services a demandé qu'elles soient présentes en tant que soutien.		de la vie privée, CEDH, Art.8	
Les services devraient tenir compte des réactions physiques et affectives communes.		<ul style="list-style-type: none"> • Droit à des soins de santé et médicaux appropriés, Charte sociale & Charte sociale révisée, Art.11, CEDAW, Art. 12, PIDESC, Art. 12, Charte de l'UE, Art. 35 	
Toute la gamme des options disponibles devrait être présentée à toutes les utilisatrices des services, notamment la contraception post-contrôle et l'avortement lorsqu'il y lieu.		<ul style="list-style-type: none"> • Droit à des soins de santé et médicaux appropriés, Charte sociale & Charte sociale révisée, Art.11, CEDAW, Art. 12, PIDESC, Art. 12, Charte de l'UE, Art. 35 • Respect de la dignité, Charte de l'UE, Art.1, DUDH, Art.1 & Déclar. Millénaire, § 6 	

Tableau 8.16 : Normes spécifiques pour les services Centres d'aide pour les agressions sexuelles et services hospitaliers spécialisés (suite)

Normes minimum	Normes idéales	Droits de la personne	Appui
<p>Les rapports ou certificats médico-légaux devraient être délivrés gratuitement et ne pas comporter de date d'expiration à des fins juridiques.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Droit à la protection égale de la loi, PIDCP, Art 26, CEDAW, Art. 2, DUDH, Art. 7, Charte de l'UE Art.20 • Engagement gouvernemental de prendre des mesures pour assurer la protection des femmes contre la violence et l'accès à des voies de recours justes et efficaces, Programme d'action de Beijing, § 124 	
<p>Les éléments de preuve médicaux et les certificats médicaux ne devraient être réunis et fournis aux autorités qu'avec le consentement de l'utilisatrice/utilisateur des services.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Droit au consentement libre et éclairé dans le domaine de la médecine, Charte de l'UE, Art.3 • Droit au respect de la vie privée et à la protection des données personnelles, CEDH, Art.8, CPIAPPD, Art.8 & Charte de l'UE, Art.8 • Respect de la 	

		dignité, Charte de l'UE, Art.1, DUDH, Art.1 & Déclar. Millénaire, § 6	
--	--	---	--

1 Le Programme d'action de Beijing prévoit également à son paragraphe 128 : « Les gouvernements, les organisations internationales et les organisations non gouvernementales devraient Encourager la diffusion et l'application des Principes directeurs du HCR concernant les femmes réfugiées et concernant la prévention de la violence sexuelle à l'égard des réfugiés et les moyens d'y remédier. »

Source : Conseil de l'Europe, Kelly, L. 2008a. [*Combating Violence against Women: Minimum Standards for Support Services*](#). Strasbourg: Conseil de l'Europe, pp. 51-53.

Étude de cas : Centres de services intégrés pour les survivantes d'agression sexuelle en Afrique du Sud

L'Afrique du Sud a créé les [Thuthuzela Care Centres](#) (TCC) qui facilitent la coopération multisectorielle entre les services de santé, la police, les tribunaux et les services sociaux pour fournir un traitement de qualité et sensible aux besoins des survivantes de viol. Ces centres ont pour objectifs de réduire la victimisation secondaire et les temps d'attente et d'accroître les taux de condamnation. Initialement au nombre de dix, ils sont répartis dans le pays et offrent toute une gamme de services : soins médicaux d'urgence, tests de grossesse et de dépistage des IST et du VIH, prophylaxie post-exposition, antirétroviraux, conseils d'accompagnement, préparation des dossiers judiciaires, orientation et appuis pour le suivi. Les survivantes peuvent bénéficier des services même si elles ne veulent pas engager de poursuites à l'encontre de l'auteur des faits (Vaz, 2008).

Le lancement et l'entrée en activité des centres de soins Thuthuzela font l'objet d'une sensibilisation croissante au sein du public. Une analyse de 10 des centres menée en 2008 a mis en évidence les difficultés suivantes :

- Pénuries de personnel;
- Besoin de formation renforcée;
- Incohérences en matière de traitement des agressions sexuelles, notamment pour le dépistage du VIH et l'administration de prophylaxie post-exposition;
- Accès limité aux conseils psycho-sociaux;
- Incohérences dans les systèmes de suivi des survivantes.

Les améliorations apportées/à apporter aux centres comprennent la fourniture de matériel, tel que des **autoclaves**, un renforcement de la **formation** pour la prise en charge des survivantes, la **création d'espaces conviviaux pour les enfants** et diverses modifications **accroissant la convivialité** des centres Thuthuzela pour les survivantes (Vaz, 2008).

Voir la [brochure](#) [en anglais] produite par le ministère public d'Afrique du Sud.

Pour plus de détails sur les centres et leur liste, voir le [site web](#) de l'UNICEF-Afrique du Sud [en anglais].

Exemple : Le Royaume-Uni a mis en place un système de Centres d'orientation pour les victimes d'agression sexuelle, unités assurant la sécurité des victimes et où celles-ci peuvent recevoir des soins médicaux et des conseils immédiats ainsi que dans le long terme. Les centres rassemblent tous les organismes et services juridiques et médicaux appropriés en un seul point, ce qui améliore l'aide fournie aux victimes et appuie les enquêtes judiciaires. Le système a pris pour modèle le St. Mary's Sexual Assault Referral Centre de Manchester, qui est reconnu pour ses bonnes pratiques en matière de services immédiats et intégrés. Le Centre de St. Mary a ouvert ses portes en 1986 et était alors le premier centre du Royaume-Uni à fournir des services de médecine légale, de conseils et de soins médicaux complets et coordonnés aux adultes victimes de viol ou d'agression sexuelle. Pour ces victimes, les centres d'orientation réduisent le stress dû à l'obligation de s'adresser à de multiples prestataires de soins et enquêteurs criminels. Par ailleurs, la pratique a démontré que les victimes qui bénéficient de soins et de conseils immédiats récupèrent mieux et sont moins susceptibles de nécessiter des soins dans le long terme. Du point de vue des forces de l'ordre, les centres aident la police en offrant un point central où les enquêteurs peuvent rencontrer la victime et recueillir des éléments de preuve.

Voir le site web du [Ministère de l'Intérieur du Royaume-Uni](#) [en anglais] pour de plus amples informations.

Source : Extrait de [Objectif Sécurité : Combattre les violences faites aux femmes dans la région de l' OSCE. Recueil de bonnes pratiques](#) (Organisation pour la sécurité et la coopération en Europe, 2009). Secrétariat de l'OSCE, Bureau du Secrétaire Général, Section de l'égalité des sexes, p. 83.

Exemple : L'Initiative du Family Justice Center (centre de justice familiale) du Président, programme fédéral des États-Unis doté de 20 millions de dollars pour créer des centres

de services polyvalentes aux États-Unis pour les victimes de violence domestique et leurs enfants, a été lancé en 2003. Les centres ont pour modèle celui de San Diego, qui est considéré comme appliquant les pratiques optimales dans le domaine des services aux victimes. Le centre de San Diego réduit le nombre d'institutions auxquelles les victimes de violence domestique, de violence sexuelle ou de maltraitance des personnes âgées doivent s'adresser pour trouver de l'aide. Le modèle du centre de justice familiale présente plusieurs caractéristiques efficaces. Par exemple, tous les intervenants sont rassemblés en un même lieu (forces d'application de la loi, ministère public, officiers de probation, défenseurs des victimes, avocats, professionnels de la santé ainsi que personnel représentant d'autres organisations communautaires et groupes confessionnels). Les communautés dans lesquelles ces centres sont situés appliquent des politiques qui mettent l'accent sur l'arrestation des auteurs des faits et leur traduction en justice, ainsi que sur une coopération soutenue entre les forces d'application de la loi, les organismes officiels compétents et la société civile. La sécurité des victimes, le plaidoyer et la confidentialité figurent au rang des toutes premières priorités selon ce modèle. Les centres de justice familiale sont implantés dans des communautés possédant des services spécialisés bien développés pour les victimes de la violence domestique et ils bénéficient également d'appuis locaux des décideurs et de l'ensemble de la communauté.

Voir le site web du [Family Justice Center](#) pour de plus amples informations.

Source : Extrait de [Objectif Sécurité : Combattre les violences faites aux femmes dans la région de l' OSCE. Recueil de bonnes pratiques](#) (Organisation pour la sécurité et la coopération en Europe, 2009). Secrétariat de l'OSCE, Bureau du Secrétaire Général, Section de l'égalité des sexes, p. 83.

4c. Centres de secours aux victimes de viol

- Le Conseil de l'Europe définit un centre de secours aux victimes de viol comme une ONG qui fournit un ensemble de services comportant un numéro téléphonique d'aide, des conseils psychosociaux, des activités de plaidoyer et des services d'auto-assistance pour appuyer les femmes et les filles qui ont subi une agression récemment ou dans le passé. L'une des caractéristiques qui les distingue des services intégrés dans le système des soins de santé est « le principe qui veut que la déclaration aux organismes de l'État est toujours un choix des femmes ». De ce fait, ces centres tendent à voir un groupe de survivantes plus large que les services implantés dans les établissements de santé, et

notamment des survivantes qui ont décidé de ne pas déclarer les faits à la police et qui recherchent de l'aide pour des agressions qui se sont produites dans un passé lointain (Conseil de l'Europe, 2008a).

Le Conseil de l'Europe a déterminé pour ces types de services un ensemble de normes minimum, (voir le tableau ci-dessous) dont on pourra se servir en tant que guide pour examiner les priorités à retenir lors de la conception des programmes:

**Tableau 8.15 Normes spécifiques des services
Centres de secours aux victimes de viol**

Normes minimum	Normes idéales	Droits de la personne	Appui
<p>Les services devraient comprendre :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une ligne d'aide téléphonique anonyme; • Un soutien et des conseils individuels; • L'accompagnement dans d'autres services, tels qu'hôpital, poste de police et tribunal; • Des travaux collectifs; • Des activités de plaidoyer. 	<p>Ils devraient aussi inclure la sensibilisation et les activités de plaidoyer communautaire en faveur d'un changement social</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Respect de la dignité, Charte de l'UE, Art.1, DUDH, Art.1 & Déclar. Millénaire, § 6 • Droit à des soins de santé et médicaux appropriés, Charte sociale & Charte sociale révisée, Art.11, CEDAW, Art. 12, PIDESC, Art. 12, Charte de l'UE, Art. 35 	
<p>La formation des bénévoles et du personnel devrait être d'un minimum de 30 heures et porter sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'analyse genrée de la violence à l'égard des femmes (y inclus les violences sexuelles à l'égard des enfants); • La confidentialité; • La diversité; • Les impacts et les significations des violences sexuelles, y inclus les traumatismes; • L'écoute active; • L'évaluation des risques; • L'autonomisation. 	<p>Les bénévoles/ le personnel devraient avoir accès en permanence à des matériels de formation sur l'évaluation/ l'intervention et à une liste des services/ ressources pour aiguiller les clientes. Tous les bénévoles devraient avoir un nombre d'heures minimum (8 par exemple) de</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Engagement d'une prise en compte systématique de la problématique hommes-femmes et création, amélioration, développement ou financement de programmes de formation, Programme d'action de Beijing, § 124 – voir Normes fondamentales • Droit au respect de la vie privée et à la protection des 	

	<p>formation continue en cours d'emploi par an pour conserver leur statut de bénévole.</p>	<p>données personnelles, CEDH, Art.8, CPIAAD, Art.8 & Charte de l'UE, Art.8</p> <ul style="list-style-type: none"> • Respect de la dignité, Charte de l'UE, Art. 1, DUDH, Art.1 & Déclar. Millénaire, § 6 • Respect de la diversité culturelle, religieuse et linguistique, Charte de l'UE, Art.22 	
<p>Les centres devraient assurer la sécurité tant des clientes que du personnel/des bénévoles.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Il faudrait adopter des protocoles pour les appels à l'aide avant suicide et les crises. • Les transports devraient être assurés dans les situations d'urgence. • Il faudrait envisager d'adopter des protocoles pour les rapports anonymes de tierces parties, par ex. pour informer la police sur le type d'agression/les auteurs/ les lieux, à des fins de recueil de renseignements. 	<p>Interdiction des traitements inhumains, CEDH, Art. 3, PIDCP, Art. 6 & DUDH, Art.1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Respect de l'intégrité physique et morale ou mentale, CEDH, Art. 8, Charte de l'UE, Art.3 • Diligence en matière de prévention, DEVEF, Art 4 (c), Programme d'action de Beijing, § 124 (b) & Rec(2002)5 CoE 	

<p>Après les heures de fermeture, les informations peuvent être fournies au moyen d'un répondeur téléphonique; les appels peuvent également être réacheminés vers un service national d'aide téléphonique d'urgence.</p>	<p>Les personnes laissant un message téléphonique devraient être rappelées dans les 48 heures. Pour bien faire, il faudrait du personnel en permanence pour répondre aux appels immédiatement.</p>	<p>Ditto</p>	
<p>Tous les services devraient être fournis dans un environnement confortable et en privé.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Droit au respect de la vie privée et à la protection des données personnelles, CEDH, Art.8, CPIAPPD, Art.8 & Charte de l'UE, Art.8 • Respect de la dignité, Charte de l'UE, Art.1, DUDH, Art.1 & Déclar. Millénaire, § 6 • Engagement gouvernemental d'assurer des déclarations en toute sécurité et confidentialité, Programme d'action de Beijing, § 124 (l) 	
<p>Les services devraient être holistiques et comprendre :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des conseils juridiques/le plaidoyer; 			

<ul style="list-style-type: none"> • Un soutien pratique; • Des services d'informations et d'orientation; • Une aide rémunérée. 			
--	--	--	--

Source : Conseil de l'Europe, Kelly, L. 2008a. [Combating Violence against Women: Minimum Standards for Support Services](#). Strasbourg : Conseil de l'Europe, p. 50.

VI. Quels sont les principaux points particuliers à prendre en considération pour certaines populations spécifiques ?

A. Adolescentes

- Bien qu'il n'y ait pas de normes mondiales définissant l'adolescence, on s'accorde généralement à la considérer comme *la période du passage de l'enfance à l'âge adulte qui commence à la puberté*; elle va souvent de 13 à 19 ans, mais on peut aussi y englober des filles n'ayant pas plus de 10 ans.
- Les filles sont exposées durant ces années à des risques de multiples formes de violence, et notamment :

<p>Préférence pour les garçons</p>	<p>Dans diverses cultures de par le monde, les parents se félicitent de la naissance d'un garçon et sont déçus lorsque le nouveau-né est une fille. Dans ses formes les plus extrêmes, la préférence pour les garçons peut se traduire par des pratiques telles que l'avortement sélectif basé sur le sexe et l'infanticide des filles qui, dans certaines régions de l'Asie, de l'Asie de l'Ouest et de la Chine, ont sensiblement modifié le rapport de masculinité (nombre de filles par rapport au nombre de garçons à la naissance) (Plan International, 2007). Dans d'autres cas, cette préférence prend la forme d'une négligence patente à l'égard des filles, parfois avec une issue fatale (ECOSOC, 2002). La mortalité des petites filles est quelquefois le résultat d'une discrimination à l'égard des mères. Dans les situations où les mères ne reçoivent pas les soins et la nutrition appropriés, leurs enfants, et tout particulièrement leurs filles, sont exposés à des risques accrus (Plan International, 2007). Toutefois, la manifestation la plus commune de la préférence pour les enfants mâles consiste en un favoritisme envers ceux-ci en matière de développement social, intellectuel et physique. Parmi les exemples pertinents pour les adolescentes figurent l'interruption des études des filles pour les faire contribuer aux travaux ménagers, ou l'interdiction de jouer ou de se livrer à d'autres activités avec leurs camarades pour les garder au foyer où elles s'occupent de leurs frères et sœurs plus jeunes.</p>
<p>Coupure/ Mutilation génitale féminine</p>	<p>La coupure/mutilation génitale féminine (C/MGF), qui consiste en l'excision partielle ou totale sans justification médicale des organes génitaux féminins extérieurs, se pratique principalement en Afrique, ses taux de prévalence les plus élevés étant relevés à Djibouti, en Égypte, en Érythrée, en Guinée, au Mali, en Sierra Leone, en Somalie et dans le nord du Soudan (Toubia, 1999; Carr, 1997). La pratique concerne généralement les filles de 4 à 14 ans (WHO, 1998). Les risques considérables pour la santé associés à la C/MGF n'ont pas, dans le passé, été suffisants pour mettre un terme à la pratique, notamment dans les contextes où les normes sociales en vigueur régissent la sexualité féminine. Dans de nombreux groupes sociaux, la C/MGF accroît les perspectives de mariage des filles et peut, en fait, en constituer une condition préalable. Dans certaines cultures islamiques traditionnelles, et malgré le nombre croissant d'imams qui s'élèvent contre elle, la C/MGF est considérée par les hommes ainsi que par les femmes comme une « sunnah » à savoir comme une pratique obligatoire (Carr, 1997). Dans toute la large gamme des groupes, culturels, ethniques et religieux, qui pratiquent la C/MGF, l'une des caractéristiques communes de la perpétuation de la pratique est le conditionnement des familles amenant celles-ci à l'accepter et à la défendre. Divers mythes, tels que celui selon lequel la C/MGF promouvoir l'hygiène et la santé, sont invoqués pour stigmatiser les filles qui ne l'ont pas subie. Les pressions sociales ainsi exercées font que la C/MGF reste largement pratiquée, même lorsqu'elle est interdite par les pouvoirs publics.</p>

<p>Mariage précoce</p>	<p>Le Comité interafricain sur les pratiques traditionnelles définit le mariage précoce comme « tout mariage pratiqué en dessous de l'âge de 18 ans, avant que la fille ne soit physiquement, physiologiquement et psychologiquement prête à assumer les responsabilités du mariage et de la procréation ». (Inter-African Committee, 1993, in Somerset, 2000) Cette pratique est particulièrement courante dans les pays en développement. En Asie du Sud et en Afrique subsaharienne, par exemple, il a été estimé qu'en moyenne une fille sur trois du groupe d'âge de 15 à 19 ans était déjà mariée, les proportions étant considérablement plus fortes dans certains pays (Otoo-Oyortey and Pobi, 2003). De même que la pratique de la C/MGF, le désir de contrôler la sexualité des femmes est peut-être l'une des raisons les plus importantes qui font que les familles marient leurs filles très jeunes. Le mariage précoce peut, par exemple, constituer un moyen de réduire le risque d'activité sexuelle prémaritale ou de maximiser la durée de vie procréative des femmes. Dans certaines communautés africaines, les parents peuvent obtenir une dot plus élevée si leur fille est vierge et, de ce fait, perçue comme séronégative au VIH et exempte d'autres infections sexuellement transmises. Dans certaines régions de l'Asie où le versement d'une dot est une pratique courante, les parents d'une fille mariée jeune peuvent bénéficier d'une réduction de la dot à verser à la famille du marié, du fait que les filles jeunes sont considérées comme plus désirables. Quels que soient les avantages matériels ou autres qui en résultent pour la famille, le mariage précoce peut avoir des conséquences mortelles pour la mariée. Les complications des grossesses précoces, par exemple, sont l'une des principales causes de décès dans le groupe des filles de 15 à 19 ans de par le monde (Black, 2001). Même lorsqu'ils ne sont pas mortels, les accouchements précoces comportent des risques considérablement accrus de lésions, d'infection et d'infirmité, notamment de fistule obstétrique. Ils peuvent également présenter des risques pour l'enfant : le risque de décès du bébé au cours de sa première année est de 60 % plus élevé si la mère a moins de 18 ans (Black, 2001). Les facteurs biologiques font aussi que les femmes jeunes sont plus vulnérables aux infections sexuellement transmises, y compris par le VIH, lorsque leur partenaire est porteur, le danger étant encore accru par le fait que les femmes jeunes sont moins capables que leurs consœurs plus âgées de négocier des rapports sexuels à moindre risque.</p>
<p>Violence entre partenaires intimes</p>	<p>La jeunesse de la femme peut être un facteur important de risque de violence entre partenaires intimes. Les recherches indiquent que les filles qui se marient jeunes sont exposées à des risques de violence plus élevés que celles qui se marient plus tard, en particulier lorsque la différence d'âge entre les conjoints est grande (Rubeihat, cité dans Black, 2001). Les filles qui sont forcées de se marier, notamment dans les cas extrêmes des « mariages par rapt » coutumiers dans certaines régions d'Afrique, d'Europe de l'Est et d'Asie, souffrent aussi généralement du traumatisme supplémentaire de l'initiation sexuelle forcée. Les filles tendent également à être plus isolées socialement du fait de leur âge et de leur manque de ressources propres, et sont donc moins aptes à demander de l'aide en cas de violence domestique. Elles peuvent en outre être plus disposées à accepter la maltraitance aux mains de leur partenaire en tant qu'élément lié à la différence de</p>

	<p>pouvoir au sein du ménage (Otoo-Oyortey and Pobi, 2003). Dans de nombreuses régions du monde, les jeunes femmes connaissent également la violence lors des fréquentations, celle-ci prenant la forme de comportements de contrôle de la part de leur partenaire, d'injures et de violences et de « viol sur rendez-vous ».</p>
--	---

<p>Inceste</p>	<p>On entend par inceste toute activité sexuelle entre un enfant et un membre de la famille proche. Bien que le plupart des cultures du monde interdisent l'inceste et prévoient des sanctions juridiques et sociales le réprimant, le problème reste largement répandu. L'OMS estime que sur les 150 millions de filles et les 73 millions de garçons ayant subi des rapports sexuels forcés, pas moins de 56 % des filles avaient été victimes de membres de leur famille, contre 25 % des garçons (Étude des Nations Unies sur la violence à l'encontre des enfants, 2006). Il est estimé que l'âge de vulnérabilité maximale aux abus sexuels envers les enfants, au sein de la famille ou à l'extérieur, se situe entre les âges de 7 ans et de 13 ans (Finkelhor, 1994). Les données scientifiques dont on dispose sur toutes les cultures indiquent que 40 % à 60 % des abus sexuels commis dans les familles le sont envers des filles de moins de 15 ans (Kapoor, 2000).</p>
<p>Violence sexuelle en milieu scolaire</p>	<p>Si les données sur l'exposition des filles à la violence en milieu scolaire restent limitées, celles dont on dispose brossent un tableau particulièrement sombre. Dans les recherches menées dans les établissements d'enseignement public aux États-Unis, par exemple, 83 % des filles interrogées de la 8^e à la 11^e classes ont signalé avoir été exposées à une forme ou une autre de harcèlement (Newton, 2001). Dans de nombreux cas, les auteurs des faits sont ceux-là mêmes qui sont chargés de l'instruction et de la protection des filles. Des études menées au Botswana, au Ghana, au Malawi, au Zimbabwe et au Pakistan indiquent que les enseignants ainsi que les élèves de sexe masculin exposent les filles à des propos sexuellement explicites et/ou à des propositions sexuelles (Dunne, Humphreys and Leach, 2003; UNICEF and Save the Children, 2005). Et les menaces pesant sur les filles ne se limitent pas à l'enceinte des établissements scolaires. Des recherches effectuées au Pérou ont constaté que les risques de violence sexuelle courus par les filles augmentent proportionnellement à la distance qu'elles ont à parcourir pour se rendre jusqu'à l'établissement scolaire (Étude des Nations Unies sur la violence à l'encontre des enfants, 2006). La situation est aggravée dans les établissements où il y a peu d'enseignants de sexe féminin, en particulier en position d'autorité. Dans de nombreux pays en développement de par le monde, les femmes restent de loin minoritaires dans le corps enseignant. Il est difficile dans un contexte ainsi masculinisé que les filles mettent en question l'autorité masculine et/ou demandent de l'aide. En milieu scolaire, les filles sont ainsi exposées à la violence à la fois <i>en raison</i> de leur statut inférieur à celui des garçons et des enseignants de sexe masculin et en tant que <i>méthode appliquée</i> pour maintenir les inégalités entre les sexes du système social. C'est ainsi que d'une part, les garçons peuvent malmener, harceler et même agresser les filles avec une relative impunité, celles-ci ayant peu recours à la protection dans un milieu à dominance masculine, et que d'autre part ils peuvent cibler les filles qui commettent des infractions aux normes traditionnelles de soumission féminine, telles que celles qui exercent des fonctions de direction dans les organismes étudiants ou qui obtiennent de bons résultats scolaires, de manière à « les remettre à leur place ».</p>
<p>Violence sexuelle dans la communauté</p>	<p>Étant donné les vulnérabilités dues à leur âge, leurs capacités physiques et leur manque de pouvoir de négociation, les adolescentes constituent le groupe qui est le plus à risque de violence sexuelle commise par les membres de leur communauté. Toutefois, pour de nombreuses filles de par le monde, l'agression sexuelle aux mains des garçons et des hommes est normative et n'est donc pas perçue par elles (ni par les</p>

	<p>garçons) comme criminelle, à moins qu'elle ne dépasse les limites des définitions conformistes du viol. C'est ainsi que 11 % des adolescentes participant à une enquête menée en Afrique du Sud ont signalé avoir été violées mais que 72 % de plus ont déclaré avoir été soumises à des relations sexuelles forcées (Jewkes et al., 2000, in Bennett, Manderson and Ashbury, 2002). Les estimations relatives à l'incidence de l'initiation sexuelle forcée parmi les adolescentes de par le monde situent leur proportion, en moyenne, entre 10 % et 30 %, mais dans certains pays, comme en Corée, au Cameroun et au Pérou, ce chiffre est plus proche de 40 %. Des recherches menées dans les Caraïbes font état de taux d'initiation sexuelle forcée atteignant 48 % (Koenig et al., 2004, Jejeebhoy and Bott, 2003, Ellsberg and Heise, 2006). Il est important de noter que les adolescentes les plus jeunes semblent être le plus à risque et que la capacité de résister à l'initiation sexuelle forcée semble être proportionnelle à l'âge. Les recherches multipays de l'OMS ont constaté que les femmes qui avaient signalé (rétrospectivement) avoir eu leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 15 ans étaient proportionnellement plus nombreuses à y avoir été forcées ou contraintes que celles qui avaient eu les premiers rapports sexuels après l'âge de 17 ans. C'est dans ce dernier groupe que le taux de femmes ayant cédé à la contrainte est le plus bas (Étude des Nations Unies sur la violence à l'encontre des enfants, 2006).</p>
<p>Traite et exploitation sexuelle des filles</p>	<p>Selon l'UNICEF, la majorité du million d'enfants dont on estime qu'ils sont recrutés de force chaque année dans l'industrie du sexe sont des filles (UNICEF, 2005). Beaucoup d'entre elles sont victimes des réseaux mondiaux de traite des personnes. Et si l'on pense que les plus grands nombres d'enfants prostitués, certains de moins de 10 ans, sont concentrés au Brésil, en Inde, en Thaïlande, en Chine et aux États-Unis, les experts s'entendent pour dire que la prostitution infantile est un phénomène mondial non seulement de plus en plus répandu mais qui affecte également des filles de plus en plus jeunes (Willis and Levy, 2000). Par ailleurs, bien que les mesures s'avèrent ici considérablement plus difficiles, une part significative de l'exploitation sexuelle des enfants se situe hors du contexte des marchés commerciaux. Les enfants peuvent se livrer à des activités sexuelles « de survie » pour se procurer de l'argent ou des biens, ou trouver des « papas gâteau », hommes d'un certain âge qui leur font des cadeaux, leur paient des études, etc., en échange de faveurs sexuelles. Des données émergentes indiquent que les orphelins du sida en nombre croissant sont exposés, en Afrique subsaharienne, à des risques particuliers : 47 % des enfants pratiquant des activités sexuelles monnayées interrogés en Zambie avaient perdu leur père et leur mère au sida, et 24 % l'un de leurs parents (Étude des Nations Unies sur la violence à l'encontre des enfants, 2006). Que ce soit sur les marchés commerciaux ou non commerciaux, les enfants pauvres, sans éducation et sans abri, ou qui pour d'autres raisons vivent dans une zone d'ombre de la société, sont ceux qui sont les plus à risque d'exploitation sexuelle et les moins susceptibles de recevoir de l'aide.</p>

- En dépit du fait que l'adolescence soit une période où les jeunes sont particulièrement exposés à de multiples formes de violence, nombre de programmes de santé ne sont pas conçus pour reconnaître les besoins particuliers des adolescentes et pour y répondre. Le tableau ci-dessous présente certains des facteurs liés aux difficultés qu'éprouvent les adolescentes à accéder aux services de santé.

ADOLESCENTES	FAMILLES	PRESTATAIRES	LOCAUX
<ul style="list-style-type: none"> • Gêne • Ignorance • Crainte 	<ul style="list-style-type: none"> • Statut inférieur des filles dans la famille • Manque de connaissances en matière de santé • Pauvreté • Basse priorité de la santé sexuelle et reproductive 	<ul style="list-style-type: none"> • Attitudes moralisatrices • Incapacité de parler aux adolescentes, de les écouter ou de les traiter • Limites imposées par la loi 	<ul style="list-style-type: none"> • Non disponibilité • Surpeuplement • Temps d'attente excessifs • Basse priorité de la santé sexuelle et reproductive et fournitures insuffisantes

Source : Extrait de Temin, M. and Levin, R., 2009. [*Start with a Girl: A New Agenda for Global Health*](#) [Commencer par une fille : nouvel ordre du jour pour la santé mondiale] Center for Global Development, p. 41.

- Au nombre des facteurs les plus importants de convivialité des services aux yeux des jeunes figurent la confidentialité, le respect de la vie privée, la brièveté de l'attente, l'abordabilité des coûts et l'ouverture à l'égard des jeunes, hommes comme femmes (Erulkar, A.S., Onoka, C.J. & Ohir, A., 2005, cités dans Shaw, 2009; Mmari, K.N. & Magnani, R.J., 2003; Kipp et al., 2007). Il est également divers autres points dont les programmes de santé devraient tenir compte lorsque leurs clients sont des adolescents, ainsi que le signale l'OMS (voir encadré ci-dessous).

Services de santé conviviaux pour les jeunes - Cadre de l'OMS

Pour être considérés comme conviviaux pour les jeunes, les services devraient être équitables, c'est-à-dire que tous les adolescents et pas seulement certains groupes doivent pouvoir obtenir les soins dont ils ont besoin, accessibles, c'est-à-dire que les adolescents doivent pouvoir obtenir les soins offerts, acceptables, c'est-à-dire que les services doivent être fournis selon des modalités qui répondent aux attentes des clients adolescents, appropriés, c'est-à-dire répondant aux besoins des adolescents, et efficaces, c'est-à-dire que les services voulus doivent être fournis de la manière voulue et apporter une contribution positive à la santé des adolescents.

D'autres caractéristiques spécifiques font que certains services sont conviviaux pour les jeunes. Il faut notamment que les procédures appliquées facilitent la confidentialité de l'inscription, minimisent les temps d'attente pour la consultation et l'aiguillage et qu'elles autorisent des consultations sans rendez-vous. Les prestataires doivent rester neutres, être compétents dans les domaines et questions intéressant particulièrement les jeunes et en matière de promotion de la santé des adolescents, et être secondés par un personnel auxiliaire compatissant. Les locaux doivent être d'accès et d'usage faciles et permettre le respect de la vie privée. Et, élément important, les prestations de services devraient être accompagnées d'activités de diffusion à base communautaire et de dialogue entre pairs pour accroître la couverture et l'accessibilité (B. J. Ferguson, communication personnelle; OMS 2003a)

Source : Extrait de Temin, M. and Levin, R., 2009. [*Start with a Girl: A New Agenda for Global Health*](#) [*Commencer par une fille : nouvel ordre du jour pour la santé mondiale*] Center for Global Development, p. 45.

- Il serait bon que le secteur de la santé établisse des méthodes pour évaluer les vulnérabilités particulières des filles à l'âge où elles arrivent à l'adolescence, de manière à prendre en considération leurs besoins présents et à prévoir leurs besoins futurs.

Une proposition modeste : la visite de contrôle à l'âge de 12 ans

Les filles qui arrivent au stade de l'adolescence se trouvent à une période d'une importance vitale pour les interventions protectives en matière de santé. Une visite de contrôle à l'âge de 12 ans constitue un moyen uniforme de veiller à ce que celles d'entre elles qui sont les plus exposées à des problèmes de santé reçoivent les soins dont elles ont besoin et qu'elles n'ont peut-être pas reçus dans leur petite enfance. Ce pourrait être là une mesure importante pour les filles elles-mêmes ainsi que pour la santé en général. Judith Bruce et ses collègues du Population Council ont conçu à cet égard une idée prometteuse fondée sur le principe de « n'oublier aucune fille ».

Comme pour les programmes de soins de la petite enfance, les bailleurs de fonds et les autorités nationales du domaine de la santé pourraient exiger des adolescentes qu'elles consultent un médecin à un âge spécifique, particulièrement propice pour elles, le programme étant mis en œuvre graduellement dans un district ou un pays donnés. Cette mesure permettrait de déterminer la situation des filles par rapport à des indicateurs de santé fondamentaux et les conditions sociales qui sous-tendent certaines caractéristiques de santé (voir le tableau). Le dépistage pourrait porter sur les caractéristiques de santé universelles, notamment sur la vue et l'ouïe, mais aussi sur divers problèmes intéressants spécifiquement le pays considéré, tels que le paludisme, l'anémie falciforme et le VIH. On pourrait alors procéder à des immunisations de rattrapage et proposer des vaccins tels que le vaccin contre le papillomavirus ainsi que d'autres interventions sophistiquées, selon qu'il serait approprié.

On pourrait dispenser aux filles des informations sur les droits fondamentaux en matière de santé et de développement, tels que l'âge minimum du mariage, les âges de consentement pour les rapports sexuels, le droit de vote, le travail et l'ouverture d'un compte-épargne. Ce pourrait être également l'occasion d'informer les parents et leurs enfants de leurs droits avant l'exécution de pratiques liées au genre telles que le mariage enfantin, la migration dangereuse et la C/MFG. On pourrait aussi déterminer la situation de la fille du point de vue des arrangements de vie (par exemple selon qu'elle vit avec ses deux parents, avec l'un d'eux ou seule, dans un foyer d'accueil ou qu'elle travaille en tant qu'employée de maison) et son niveau scolaire, et l'on pourrait alors prévoir de mettre les intéressées en rapport avec les services compétents. Des programmes à visées plus ambitieuses (éventuellement exécutés avec le secteur privé) pourraient fournir des moyens utiles, tels que des cartes d'identité et ouvrir un compte-épargne de base. En outre, une telle visite pourrait offrir une occasion d'interroger les adolescentes sur divers sujets sensibles dans de bonnes conditions de sécurité et de confidentialité.

On pourra organiser une telle visite selon de multiples modalités et par divers moyens :

Composantes de bien-être intégral de la visite	
Santé	Domaine social
Examen physique	Conseils psychosociaux
Examen des immunisations et rattrapage	Renforcement des aptitudes à la vie quotidienne
Contrôle de la nutrition/ croissance	Évaluation du niveau d'éducation et appui
Informations et services de santé sexuelle et reproductive	Détermination et amélioration du soutien social et des pairs
Vaccin PVH (si disponible)	Dépistage de l'alcoolisme/ toxicomanie/ tabagisme et appui pour la prévention de l'addiction
Information sur la prévention du VIH/sida	Soutien du bien-être familial et social
Dépistage de la violence et appui	Renforcement des aptitudes civiques et à la participation sociale et motivation
Dépistage de santé mentale et appui	
Dépistage des blessures/lésions et prévention	

- Campagnes annuelles sur la santé, à base communautaire
- Activités de diffusion et encouragements concernant la couverture universelle
- Équipes de campagne atteignant les filles exclues et les plus vulnérables
- Partenariats public-privé
- Mobilisation sociale
- Visites à domicile
- Administration centrale
- Recrutement et déploiement d'agents de santé féminins pour procéder au dépistage.

La visite de contrôle à 12 ans offre la possibilité de recueillir des informations, souvent cachées, sur les

adolescentes, au-delà des statistiques agrégées. Elle permet de recueillir des données sanitaires et démographiques et d'exercer un suivi, de manière à effectuer une évaluation longitudinale de la santé féminine, avec un sous-groupe de filles à un âge clé.

Cette proposition est due à Judith Bruce, qui l'a émise dans "The diverse universe of adolescents, and the girls and boys left behind. A note on research, program and policy priorities", document de travail pour *Public Choices, Private Decisions: Sexual and Reproductive Health and the Millennium Development Goals* (New York: UN Millennium Project, 2006). D'autres applications pour le Guatemala et l'Afrique subsaharienne ont été élaborées par des collègues du Population Council, Jennifer Catino et Marcha Brady. Le présent encadré est basé sur la note de travail "Poor Adolescent Girls – Still Lost Between Childhood and Adulthood – The Case for a 12-year old Check-in" pour l'exposé intitulé "Making Critical and Timely Investments in Adolescent Girls' Health: Why and How", préparé par Judith Bruce pour la Conférence des parlementaires internationaux du G-8 sur le thème « Investissements stratégiques en temps de crise : faire de la santé des femmes une priorité ».

Source : Extrait de Temin, M. and Levin, R., 2009. [Start with a Girl: A New Agenda for Global Health](#) [Commencer par une fille : nouvel ordre du jour pour la santé mondiale] Center for Global Development, p. 46.

- En outre, les divers types de services de santé devraient adapter leurs prestations pour tenir compte des besoins particuliers de leurs clientes adolescentes. Il devrait en être tout particulièrement ainsi des [services de santé sexuelle et reproductive](#). De

nombreuses initiatives de santé reproductive ciblant les jeunes assument que l'activité sexuelle est volontaire et visent par conséquent à aider les jeunes à gérer cette activité de manière responsable. Cette approche ne tient pas compte du fait que de nombreuses filles et jeunes femmes subissent des rapports sexuels sous la contrainte et/ou ne peuvent pas négocier les activités sexuelles et l'usage du préservatif ou d'autres formes de contraception sans s'exposer à des violences physiques (Jejeebhoy and Bott, 2003). Parmi les améliorations qui pourraient être apportées aux services de santé reproductives, on pourra songer notamment aux mesures suivantes :

- **Disponibilité accrue de services de contraception et d'autres services de santé reproductive pour les adolescentes.** Ceci exige non seulement que les prestataires de soins de santé soient sensibilisés à la sexualité des adolescentes et capables d'en parler sans problème avec les intéressées, mais aussi que les services et produits de santé sexuelle et reproductive se trouvent en des lieux géographiques facilement accessibles pour les adolescentes, que les prestations soient organisées pour favoriser le respect de la vie privée et la confidentialité.
- **Établissement de liens avec l'ensemble de la communauté.** Même lorsque les services de santé améliorent leur capacité à répondre aux besoins des adolescentes, les attitudes communautaires peuvent dissuader les adolescentes de demander des soins et des traitements (Mmari and Magnani, 2003). Il est donc essentiel que les prestataires œuvrent avec la communauté pour favoriser une bonne compréhension de la situation et de la nécessité de la part des adolescentes de demander et de recevoir des services de santé sexuelle et reproductive.
- **Dépistage universel pour les adolescentes mariées.** Toutes les adolescentes mariées devraient être considérées comme à haut risque et donc faire l'objet d'un dépistage de la violence. Les services de soins prénatals et de santé maternelle et infantile (SMI) sont le principal point d'entrée pour atteindre les filles mariées précocement, au moment de leur première grossesse. Le personnel des services de soins prénatals et de SMI devrait être formé à éduquer et à traiter les filles mariées précocement en étant sensible à leurs risques, vulnérabilités et besoins, notamment concernant les accouchements prématurés, la bonne nutrition, l'importance des soins obstétriques d'urgence, l'orientation vers les tests volontaires et les conseils d'accompagnement, etc.
- **Établissement de liaisons avec les services en milieu scolaire.** Lorsque le dépistage effectué dans les services de santé révèle que les grossesses ou les IST/infections par le VIH sont dues à un harcèlement sexuel en milieu scolaire, le secteur de la santé doit œuvrer de concert avec le secteur de l'enseignement pour protéger les filles du viol. En outre, une étroite coopération avec le secteur de l'enseignement permet d'établir des services en milieu scolaire, généralement sous la forme d'un bureau dans les établissements d'enseignement et de l'affectation d'une infirmière ayant reçu une formation dans les domaines des soins de santé sexuelle et reproductive conviviaux pour les adolescents ainsi que du dépistage et des conseils psychosociaux.
- **Réalisation de campagnes de prévention auprès des jeunes sur le mariage précoce, la violence dans les relations entre adolescents, l'exploitation sexuelle, etc.**

Exemple : En 2000, l'ONG mexicaine Fundación para la Equidad [Fondation pour l'équité] a créé un programme visant à prévenir la violence chez les jeunes de 14 à 29 ans après qu'il eut été constaté que le groupe le plus vulnérable à la violence était celui des filles et des femmes de 16 à 24 ans. Ce programme est conçu pour prévenir les actes de violence chez les « novios », à savoir dans les fréquentations amoureuses et entre fiancés. Des sessions d'information sont menées en permanence au dispensaire de l'ONG à Mexico à l'intention des victimes de la violence, soit dans le cadre d'une relation affective soit au sein de leur famille. Ces sessions d'une durée de trois heures, dirigées par des facilitatrices, portent sur des problèmes tels que les relations affectives, les nouvelles normes en matière de genre, la sexualité, les contraceptifs, les droits liés à la procréation, la violence à l'égard des femmes et des filles, les types de violence, les cycles de la violence, les questions juridiques et l'établissement de relations non violentes. Par le biais de ces sessions, le programme vise à faire des participants des avocates de la lutte contre la violence à l'égard des femmes et des filles.

Source : Extrait/adapté de [APIS Fundación para la Equidad](#) [Fondation Apis pour l'équité], Mexique, et de Bustamente, N., 2007. *Modelo de Atención y Prevención de la Violencia Familiar y de Género: Nosotras en la Violencia Familiar [Modèle de traitement et de prévention de la violence familiale et sexuelle : nous autres femmes dans la violence familiale]*. Mexico (Mexique) : APIS, Fundación para la Equidad, A.C.

Exemple : En 2004, l'ONG mexicaine Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población [Institut mexicain de recherche sur la famille et la population] (IMIFAP) a conçu un programme de formation pour adolescents intitulé « Rostros y Máscaras de la Violencia » [Visages et masques de la violence]. Ce programme qui cible les adolescents de 13 à 16 ans est offert dans une zone défavorisée de Mexico par l'organisme gouvernemental « Desarrollo Integral de la Familia » [Développement intégral de la famille]. Organisé en 10 sessions de deux heures chacune, le programme traite de la problématique de la violence dans le cadre des amitiés et des relations.

Un sondage mené auprès de 81 adolescents avant et après leur participation au programme a constaté un changement dans les attitudes relatives à la violence et aux relations interpersonnelles. Ce changement s'est manifesté sous la forme d'une augmentation du nombre de réponses correctes aux cinq questions suivantes (cette réponse étant « faux » pour toutes les questions citées) : 1) Aimer veut dire que l'on peut tout pardonner (de 44 % à 83 %), 2) La jalousie est une preuve d'amour (de 28 % à 77 %), 3) Les femmes qui acceptent la violence le font par amour (de 19 % à 61 %), 4) Les hommes sont violents par nature (de 74 % à 83 %), 5) Seules les femmes jeunes et attirantes se font violer (de 60 % à 65 %). Le programme a élaboré plusieurs outils et établi un canal YouTube qui fournit des informations sur ses activités ainsi que sur les campagnes de l'IMIFAP contre la violence dans les « noviazgos » (fréquentations amoureuses).

Les outils sont disponibles en [espagnol](#). Les vidéos sont disponibles en [espagnol](#).

Source : Adapté de [Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población](#)

Exemple : Établi en 1999, [Geração Biz](#) [Génération occupée] est un programme multisectoriel de santé reproductive pour adolescents exécuté au Mozambique par les ministères de la santé, de l'éducation et de la jeunesse et des sports, avec une assistance technique de l'UNFPA et de Pathfinder International. *Geração Biz* tient compte des besoins de santé sexuelle et reproductive des adolescents, scolarisés et non scolarisés, et aborde les problèmes de la violence à l'égard des femmes et des filles. Il le fait par des services de consultation conviviaux pour les jeunes, des interventions en milieu scolaire, des initiatives de diffusion communautaire, des activités d'éducation par les pairs et des appuis en rapport avec le VIH/sida. Mis en œuvre initialement dans deux sites pilotes des provinces de Maputo et de Zambézie, *Geração Biz* est aujourd'hui présent dans 62 districts de 10 des 11 provinces du pays et est exécuté en collaboration avec 26 organisations locales. À la demande de l'UNFPA, le programme a fait l'objet en 2004 d'une évaluation extérieure qui a constaté qu'il avait eu un impact sensible sur les connaissances, les attitudes et les comportements des jeunes. Il a eu pour effets positifs un accroissement de une sensibilisation communautaire et des taux de déclaration de la violence à l'égard des femmes et des filles, mais les évaluateurs ont noté que les prestataires devaient faire une place plus large aux questions de la violence à l'égard des femmes et des filles dans le contexte des visites des jeunes et aborder ces questions même si les clients ne le demandaient pas expressément.

Source : Adapté d'après Hainsworth, G. and Zilhão, I., 2009. [From Inception to Large Scale: The Geração Biz Programme in Mozambique](#) [Du lancement à la grande envergure : le Programme *Geração Biz* au Mozambique]. Genève : Organisation mondiale de la santé, Pathfinder International.

Ressources supplémentaires :

- **Le Family Health International Youth Net** [Réseau des jeunes de Family Health International] est un programme mondial s'employant à améliorer les comportements des jeunes de 10 à 24 ans dans les domaines de la santé reproductive et de la prévention du VIH/sida. Family Health International publie des matériels de formation qui aident les planificateurs de programmes et les intervenants en milieu clinique à comprendre les besoins spécifiques des jeunes et à y répondre. Les matériels sont disponibles en [anglais](#).
- **La Coalition for Adolescent Girls** [Coalition pour les adolescentes] s'attache à l'instauration de changements durables dans les communautés du monde en développement par le biais d'investissements en faveur des adolescentes. Le principe sur lequel se fonde cette initiative est que lorsqu'elles sont en bonne santé, éduquées et initiées aux bonnes pratiques financières, les filles peuvent jouer un rôle clé dans l'élimination de la pauvreté. Pour de plus amples informations, voir le [site web](#) de l'initiative.

- **Meeting the Needs of Young Clients: A Guide to Providing Reproductive Health Services to Adolescents - Chapter 7: Counseling Victims of Sexual Violence** [*Répondre aux besoins des jeunes clients : Guide de la prestation de services de santé pour les adolescents - Chapitre 7 : Conseils aux victimes de la violence sexuelle*] (Family Care International, 2006). Ce guide est destiné aux prestataires de services de santé. Il aborde dans son chapitre 7 le problème des rapports sexuels forcés que connaissent de nombreuses adolescents et présente certaines questions clés à poser lors des sessions de conseils psychosociaux pour identifier les jeunes victimes de violence ou à risque. Disponible en [anglais](#) et en [espagnol](#).

- **Boîte à outils pour la santé sexuelle et reproductive des adolescents en situations de crise humanitaire : Document accompagnant le Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire** (Fonds des Nations Unies pour la population et Save the Children USA, 2009). Cet instrument contient des outils conviviaux pour évaluer l'impact d'une crise sur les adolescents, mettre en œuvre un *ensemble minimal de services initiaux* conçu pour les adolescents et veiller à ce que les adolescents puissent participer à l'élaboration et à l'exécution de programmes humanitaires. D'autres outils conçus spécifiquement pour aider les prestataires de soins à être fournir des services aux adolescents et à assurer le suivi des prestations au niveau des dispensaires et de la communauté. Disponible en [français](#), en [anglais](#) et en [espagnol](#).

B. Handicaps

- Le concept de handicap englobe une multitude de situations, présentant des vulnérabilités et des besoins divers. Lorsque l'on détermine les risques de violence auxquels sont exposées les femmes et les filles handicapées et que l'on s'efforce de les réduire, il est important de tenir compte des divers types de handicaps (selon qu'il s'agit d'incapacités sensorielles, physiques, psychiatriques, cognitives, etc.) ainsi que des divers types de violence, et de formuler les recherches et les programmes en conséquence.

- En général, toutefois, et abstraction faite du type de handicap, les prestataires de soins de santé devraient comprendre, au moins, que les femmes et les filles handicapées peuvent courir autant de risques de violence voire plus que les femmes et les filles non handicapées, en raison des questions de puissance et de contrôle. Pour aider ces femmes et ces filles, les programmes de santé devraient formuler des politiques spécifiques s'appliquant au travail avec elles et les prestataires de soins devraient recevoir une formation spécialisée. Les établissements de santé devraient également envisager d'appliquer les stratégies suivantes :
 - **Mener des activités de diffusion communautaire** : Les femmes et les filles handicapées peuvent se heurter à des difficultés pour accéder aux traitements en raison de leur isolement chez elles ou dans des institutions; dans certains cas aussi, elles peuvent n'avoir que des connaissances limitées concernant leur corps et la santé sexuelle et reproductive, ce qui les empêche de comprendre l'importance des soins et traitements. Le système de santé doit

formuler des stratégies pour atteindre les femmes et les filles porteuses de différents handicaps et veiller à ce qu'elles aient accès aux services.

- **Améliorer l'infrastructure physique pour que les locaux soient adaptés aux besoins des femmes et des filles handicapées :** Il pourra s'agir de fournir des fauteuils roulants et d'assurer l'accès aux personnes en fauteuil roulant, de fournir des interprètes pour les malentendants, du matériel d'examen conçu en tenant compte du confort des personnes handicapées, etc. Les établissements de santé peuvent se mettre en rapport avec les organisations locales s'occupant de personnes handicapées pour déterminer quels autres aménagements seraient à envisager.

- **Reconnaître les vulnérabilités particulières à la violence que peuvent présenter les femmes et les filles handicapées.**
 - Établir des protocoles de dépistage qui tiennent compte des tactiques particulières des actes de maltraitance envers les femmes et les filles handicapées, comprenant notamment la manipulation des médicaments, l'exploitation financière, la destruction des appareils et accessoires fonctionnels ou la privation de tels appareils, la négligence ou le refus d'aider les personnes pour leurs soins d'hygiène personnelle et la maltraitance axée spécifiquement sur le handicap de la victime (Hoog, 2003).

 - Veiller à ce que le dépistage de la violence à l'égard des femmes et des filles ait lieu dans le cadre d'une interview initiale privée, si possible sans les aides-soignants. Certains de ceux-ci sont en effet auteurs de violences envers les femmes et filles handicapées, qu'ils soient des membres de la famille, du personnel institutionnel ou des prestataires de services à domicile. Les femmes et les filles handicapées dépendent souvent de leurs aides-soignants pour leur survie et leur existence quotidienne, de sorte qu'il est très difficiles pour elles de se soustraire à des situations de violence (Hoog, 2003).

Dépistage de la violence domestique chez les femmes handicapées

Principaux points à considérer :

- Établir des questions de dépistage qui aideront les défenseurs à déterminer les obstacles auxquels les femmes se sont heurtées ou les appréhensions qu'elles peuvent avoir pour recourir à des services de lutte contre la violence domestique.
- Établir des questions de dépistage qui permettront de déterminer les forces de la victime et sa capacité à comprendre en quoi son handicap modifie son expérience de la maltraitance et ses activités quotidiennes.
- Établir des questions de dépistage qui permettront de définir l'environnement matériel d'une situation de violence et la relation entre la victime et l'auteur des faits, pour savoir, par exemple, si la victime vit dans un foyer collectif ou une maison privée, si l'auteur des faits est un(e) aide-soignant(e) ou un tuteur/une tutrice de la victime.
- Établir des questions de dépistage qui aideront les défenseurs à déterminer les ressources auxquelles la victime peut avoir accès du fait de son handicap et si la victime s'inquiète d'un alignement possible du système d'appui avec l'auteur des violences ou d'un manque de confidentialité dans le système.

Exemples de questions de dépistage :

- Y a-t-il quelque chose que je devrais savoir sur vous pour pouvoir vous fournir les meilleurs services possibles ?
- Y a-t-il quelqu'un qui contrôle vos communications avec les autres ou qui modifie ce que vous essayez de dire ?
- Y a-t-il quelqu'un qui vous a pris ou qui a cassé quelque chose dont vous avez besoin pour être indépendante ? Par exemple, votre canne, votre ambulateur, votre fauteuil roulant, votre respirateur ou votre ATME ?
- Y a-t-il quelqu'un qui a le contrôle juridique de votre argent ou de vos décisions ? Que se passe-t-il si vous n'êtes pas d'accord avec ses décisions ?
- Y a-t-il quelqu'un qui vous empêche d'utiliser les ressources et les appuis dont vous avez besoin pour être indépendante ? Par exemple, des ressources telles que des services de formation professionnelle, des aides-soignants, du personnel de soutien d'organismes d'aide aux handicapés, du personnel spécialisé pour les malvoyants, les malentendants, des lecteurs ou des interprètes ?
- Y a-t-il quelqu'un qui a refusé de vous donner vos médicaments, vous a empêchée de les prendre, ou vous en donné trop ou pas assez ?
- Avez-vous des problèmes de santé qui peuvent devenir graves s'ils sont négligés, tels que le diabète, l'épilepsie, des plaies, le cancer ou des maladies de cœur ?
- Si vous dépendez d'aides-soignant(e)s, se servent-ils/elles de votre besoin d'aide pour vous contrôler ? Y a-t-il des aides-soignant(e)s de remplacement à qui vous pouvez faire appel ?

Extrait de Hoog, C., 2003. "Model Protocol on Screening Practices for Domestic Violence Victims with Disabilities" [Protocole modèle sur les pratiques de dépistage pour les victimes de violence domestique porteuses de handicaps], p. 7, avec des informations de Curry, M.A et al., 2002. *Development of An Abuse Screening Tool for Women with Disabilities* [Élaboration d'un outil de dépistage des abus pour les femmes handicapées].

Exemple : Stratégie d'action SADA – Nouvelle-Galles-du-Sud. La stratégie d'action contre l'agression sexuelle dans les établissements résidentiels pour personnes handicapées et âgées (SADA - Sexual Assault in Disability and Aged Care Residential Settings), adoptée par l'organisation People With Disability Australia Incorporated, vise à déterminer les pratiques optimales pour prévenir les agressions sexuelles et y réagir. Elle a été lancée en

2005 par le Northern Sydney Sexual Assault Service, étant donné le grand nombre de personnes handicapées et âgées ayant été victimes d'agressions sexuelles qui s'adressaient à lui (People with Disability, 2007). En 2006, le Bureau des affaires féminines a accordé au projet un financement de deux ans pour lui permettre de poursuivre ses travaux. La stratégie d'action SADA a été établie après de nombreuses consultations avec des parties prenantes, des personnes porteuses de divers handicaps et âgées, du personnel des secteurs de soins gériatriques, de la police et de la lutte contre les agressions sexuelles pour réagir plus efficacement contre de telles agressions commises envers les personnes handicapées et âgées en milieu résidentiel. Les conclusions de ces consultations ont mis en évidence l'importance d'une reconnaissance de la sexualité des personnes handicapées ainsi que de leur vulnérabilité aux agressions sexuelles (People with Disability, 2007). Le projet a un site web contenant les outils et ressources actuellement disponibles pour les prestataires de soins aux personnes handicapées et âgées visant à guider la prévention des agressions sexuelles et les ripostes possibles. Dans sa prochaine phase, le projet utilisera à titre pilote un programme de formation pour le personnel soignant axé sur le dépistage des agressions sexuelles et les mesures appropriées à prendre face au problème.

Pour de plus amples informations, voir le [site web](#).

Source : Extrait de Murray, S. & Powell, A., 2008. [Sexual assault and adults with a disability: Enabling recognition, disclosure and a just response](#) [L'agression sexuelle et les adultes handicapés : permettre la reconnaissance, la divulgation et une juste riposte]. Australian Centre for the Study of Sexual Assault, p.11.

Exemple : Planification familiale d'Australie. Dans la plupart des États et Territoires de l'Australie, les services de la Planification familiale offrent des activités d'éducation et de formation professionnelles ainsi que l'accès à des ressources et à des informations sur la sexualité et les relations pour les personnes handicapées, leurs parents/soignants et les professionnels intervenant dans le domaine du handicap. Ces activités comprennent des formations homologuées pour les professionnels du secteur du handicap, ainsi que des consultations et des séminaires sur l'élaboration de programmes d'éducation sexuelle pour personnes handicapées. La plupart des États disposent d'une bibliothèque de ressources sur le handicap où l'on peut emprunter ou acheter divers matériels et où l'on trouve des informations sur les services d'éducation sur la sexualité et les relations pour les personnes handicapées, leurs parents/soignants et les professionnels du secteur du handicap. Les services de la Planification familiale dispensent également des cours individuels d'éducation sexuelle spécialisée pour les personnes handicapées. C'est ainsi que Family Planning Victoria (FPV) possède un « Service d'éducation et d'intervention en matière de sexualité » qui fournit des services d'éducation et d'intervention aux personnes qui, du fait de leur comportement, sont à risque de commettre des infractions sexuelles ou d'être exploitées

sexuellement par manque de connaissances. FPV a élaboré un « Dossier de ressources sur les agressions sexuelles et le handicap intellectuel » à utiliser avec les victimes d'agression sexuelle porteuse d'un handicap intellectuel. La Planification familiale de la Nouvelle-Galles du Sud, avec le concours financier du Département des personnes âgées, handicapées et soignées à domicile de l'État, dispense un enseignement et une formation aux professionnels pour les aider à mieux identifier les comportements sexuels inappropriés et abusifs et y réagir.

Pour de plus amples informations, voir le [site web](#).

Source : Extrait de Murray, S. & Powell, A., 2008. [Sexual Assault and Adults with a Disability: Enabling Recognition, Disclosure and a Just Response](#) [L'agression sexuelle et les adultes handicapés : permettre la reconnaissance, la divulgation et une juste riposte]. Australian Centre for the Study of Sexual Assault, pp.11 et 13.

Exemples de ressources :

- **Model Protocol on Screening Practices for Domestic Violence Victims with Disabilities** [*Protocole modèle relatif aux pratiques de dépistage pour les femmes handicapées victimes de violence domestique* (Hoog, C., 2003). Disponible en [anglais](#).
- Le site web de **Women with Disabilities Australia** [*Femmes handicapées Australie*] a une section consacrée aux droits en matière de sexualité et de procréation, avec plusieurs ressources en rapport avec la violence. Disponible en [anglais](#).
- **Violence against Women with Disabilities (USA)** [*La violence envers les femmes handicapées (USA)*]. Ce site web propose de nombreuses ressources pour lutter contre le problème de la violence à l'égard des femmes handicapées. Disponible en [anglais](#).
- Le site du [Center for Research on Women with Disabilities at Baylor College of Medicine](#) contient un aperçu général de la violence domestique à l'égard des femmes handicapées ainsi que des matériels pédagogiques et autres ressources, notamment deux présentations PowerPoint : [Gynecological Considerations in Treating Women with Physical Disabilities](#) [Considérations gynécologiques dans le traitement des femmes handicapées physiques] et [Improving the Health and Wellness of Women with Physical Disabilities--Clinical Perspectives](#) [Amélioration de la santé et du bien-être des femmes handicapées physiques].

- ***Sexual and Reproductive Health of Persons with Disabilities: Emerging UNFPA Issues*** [Santé sexuelle et reproductive des personnes handicapées : questions émergentes de l'UNFPA] (UNFPA, 2007). Disponible en [anglais](#).

C. Travailleuses du sexe

- Étant donné que le travail du sexe est souvent illicite et/ou déprécié dans de nombreuses régions du monde, les travailleuses du sexe sont souvent marginalisées. Leur marginalisation les expose à des risques de violence de multiples manières : elles peuvent travailler seules, dans des quartiers qu'elles connaissent mal et sans la protection de la police; elles peuvent ne pas avoir su établir de réseaux de soutien qui pourraient les aider à éviter les clients ou les environnements dangereux; et elles peuvent rechercher la protection de gangs ou de personnes opérant dans l'illégalité, ce qui comporte d'autres risques d'exploitation et de maltraitance. Les travailleuses du sexe peuvent également ne pas connaître leurs droits et ne pas considérer un acte comme constitutif de violence s'il n'a pas pour conséquence une hospitalisation; elles sont de ce fait moins susceptibles de déclarer les actes de violence, ce qui limite leur aptitude à prévenir leur récurrence (International HIV/AIDS Alliance, 2008; OMS, 2005b).
- Même lorsque les travailleuses du sexe sollicitent effectivement de l'aide, elles peuvent s'exposer se faisant à des mauvais traitements supplémentaires. Dans le secteur de la santé, par exemple, lorsque les professionnels n'ont pas reçu la formation appropriée, ils peuvent refléter dans leurs jugements et leurs actes la stigmatisation dont elles font l'objet dans le contexte culturel général. Ils peuvent alors manifester leur désapprobation, refuser de les traiter, les soumettre à des tests obligatoires de dépistage du VIH, publier leur état sérologique VIH et menacer de les signaler aux autorités. Les travailleuses du sexe qui ont été violées ou battues risquent d'être considérées comme responsables des faits ou de voir rejeter leurs plaintes (Montgomery, R., 1999 & Amin, A., 2004, cités dans Organisation mondiale de la santé, 2005b).
- La norme minimale que tout service de santé doit respecter est celle de ne pas nuire. Il est donc essentiel que les services de santé forment leur personnel et lui apprennent à traiter les travailleuses du sexe avec le même respect et la même compassion qu'ils manifestent à l'égard de toute autre personne, et à ne pas les signaler aux autorités. En outre, la vulnérabilité des travailleuses du sexe à la violence exige également que les agents de santé aillent au-delà de la norme minimale pour leur fournir des conseils d'appui axés sur leurs droits et un dépistage volontaire du VIH et qu'ils les réfèrent à des services d'aide juridique si ceux-ci sont disponibles. Outre toute la gamme des services en rapport avec la violence décrits dans [Build institutional capacity to address violence against women and girls in hospitals, health clinics, and other primary and secondary health facilities](#), [Renforcement des capacités institutionnelles en matière de violence à l'égard des femmes et des filles dans les hôpitaux, les dispensaires et autres établissements de santé primaires et secondaires] les établissements de santé devraient également être en mesure de :

- Fournir aux travailleuses du sexe des informations sur leurs droits et sur le fait que la violence y porte atteinte.
- Fournir aux travailleuses du sexe des informations sur les services auxquels elles peuvent s'adresser sans danger pour y trouver de l'aide et résoudre les problèmes de violence.
- Prévoir des lieux sûrs où les travailleuses du sexe peuvent signaler les cas de violence en étant assurées de la confidentialité de leurs déclarations et du respect de leur vie privée.
- Fournir des services de santé à proximité des lieux de travail des travailleuses du sexe, en établissant par exemple un dispensaire dans les hôtels qu'elles fréquentent.
- Appuyer la formation d'organisations de travailleuses du sexe qui peuvent plaider en faveur de soins médicaux de qualité pour celles-ci.
- Former les prestataires de services aux travailleuses du sexe à la façon de dispenser des soins sans stigmatiser celles-ci.

Sources : OMS et Global Coalition on Women and AIDS, ONUSIDA, 2005b; ONUSIDA, 2009.

- La violence à l'égard des travailleuses du sexe est l'un des facteurs qui alimentent l'épidémie de VIH dans de nombreux pays, parce que la violence à l'égard des femmes et des filles est liée à leur incapacité d'exiger l'emploi du préservatif et donc de se protéger elles-mêmes ainsi que leurs clients. Les programmes de lutte contre la propagation du VIH ont un rôle important à jouer par rapport à la violence. L'International HIV/AIDS Alliance a documenté certaines manières selon lesquelles les services liés au VIH et au sida peuvent contribuer à réduire la violence à l'égard des travailleuses du sexe en obtenant la participation de certaines d'entre elles à la formation des prestataires et à l'élaboration de protocoles :
 - Les projets visant le VIH/sida peuvent aider les travailleuses du sexe à diriger des formations à l'intention des prestataires de soins de santé, pour leur montrer comment ils devraient se comporter avec les travailleuses du sexe et les traiter de manière non abusive et sans les stigmatiser. Les travailleuses du sexe peuvent œuvrer avec les services de santé pour élaborer des directives favorables à la [sécurité](#), à la [confidentialité](#) et à la fourniture de soins et d'appuis non discriminatoires (International HIV/AIDS Alliance, 2008).

Exemple : En 2003, la Fondation Bill & Melinda Gates a lancé Avahan, une initiative visant à enrayer la propagation du sida en Inde. Avahan apporte spécifiquement son concours à des programmes de soutien qui desservent les groupes les plus vulnérables à l'infection par le VIH, notamment les travailleuses du sexe et leurs clients et partenaires. Par ses interventions visant à réduire l'infection par le VIH chez ces femmes, Avahan a atteint 59 000 d'entre elles depuis 2004. L'initiative a notamment mis en place un système de sensibilisation des agents de santé à la fourniture de soins appropriés aux travailleuses du sexe et dispensé des orientations à des travailleuses du sexe en tant que pairs éducatrices pour qu'elles sachent s'apporter une aide mutuelle et prendre contact avec les prestataires et la police lorsque les femmes subissent des violences ou des actes de coercition. Au cours des 12 mois suivant la

mise en place du système, le projet avait répondu à toutes les crises signalées dans les 20 minutes, fourni des services à 6 507 travailleuses du sexe et amélioré la négociation de l'usage du préservatif. Précédemment, le temps de réponse était de 8 heures et le taux de réponse n'était que de 80 % des cas signalés (Gaikwad and Kumar, 2008).

Exemple : L'organisation Médecins sans Frontières (MSF) a eu à relever des défis particuliers dans son travail avec les travailleuses du sexe migrantes à Svay Pak (Cambodge). Du point de vue de l'organisation, les seules prestations de services cliniques n'étaient pas suffisantes pour assurer l'efficacité de ses efforts de lutte contre le VIH/sida. MSF a donc jugé important de s'attaquer à certains des facteurs généraux influant sur la vulnérabilité des travailleuses du sexe et sur les risques auxquels elles sont exposées, sans menacer pour autant les propriétaires des maisons de prostitution ou les autres groupes influents tels que la police. Toutefois, l'organisation travaillait dans une région où les travailleuses du sexe étaient soumises à de strictes limites, leurs mouvements étant contrôlés par la police et par les propriétaires des maisons de prostitution. Ces derniers se montraient généralement soupçonneux de toute organisation qui tentait d'intervenir auprès des travailleuses du sexe, mais étaient néanmoins très désireux de laisser les travailleuses du sexe bénéficier de services cliniques. MSF a donc établi dans son dispensaire un centre destiné aux travailleuses du sexe où celles-ci peuvent se présenter sans rendez-vous et où elles trouvent un espace sûr où elles peuvent se réunir de façon informelle lors de leurs visites au dispensaire. Peu à peu, le centre a commencé à organiser des activités suivies en groupe et notamment des débats structurés sur le bien-être, les besoins communs de la communauté et les façons d'y subvenir. Il est devenu progressivement possible d'aborder dans ces débats des sujets sensibles tels que la violence et les moyens de l'éviter, encore que les facilitateurs aient bien pris soin de laisser ces questions émerger d'elles-mêmes, sans imposer un examen de ces divers sujets. (Busza, J., Hom-Em, X., Ly, S., Un, S., 2001. "Petals and thorns: the dilemmas of PLA and debt bondage" [« Pétales et épines : les dilemmes de l'APA et de la servitude pour dettes »], PLA Notes 40.)

Source : Extrait d'International HIV/AIDS Alliance, 2008. "[Sex Work, Violence and HIV](#)" [Travail du sexe, violence et VIH], p. 20.

Ressources supplémentaires:

- **Sex Work, Violence and HIV. A Guide for Programmes with Sex Workers** [Travail du sexe, violence et VIH. Guide pour les programmes avec les travailleuses du sexe] (International HIV/AIDS Alliance. 2008). Disponible en [anglais](#). Voir aussi le [site web](#) de l'AIDS Alliance

- **Le VIH et le commerce du sexe – Note d’orientation de l’ONUSIDA** (ONUSIDA, 2009). Disponible en [français](#) et en [anglais](#).
- **The Global Network of Sex Work Projects (NSWP)** [Réseau mondial pour les projets relatifs au travail sexuel]. Visiter le [site web](#) et voir “Violence, Repression and Other Health Threats” [« Violence, répression et autres menaces pour la santé »] (Wolffers, I. 2001) dans Issue 4: Risk and Violence [Problème 4 : Risque et violence] de *Research for Sex Work* [Recherche pour le travail sexuel]. Disponible en [anglais](#).

D. Migrantes

- Il existe des migrantes internes, se déplaçant des milieux ruraux vers les milieux urbains dans le même pays, et des migrantes transnationales. Dans la plupart des cas, la migration est motivée par la pauvreté, le manque d’opportunités au niveau local et l’idée que les perspectives d’emploi sont meilleures dans la ville ou le pays de destination.
- Nombreuses sont parmi les femmes et filles migrantes celles qui ne trouvent que des emplois mal rémunérés et instables dans le secteur des services (en tant que serveuses de café ou de restaurant par exemple) ou dans le secteur informel (en tant qu’employées de maison, travailleuses agricoles et [travailleuses du sexe](#)) (UNFPA, 2006a). Les migrantes de tous âges sont à risque de violences et de harcèlement sexuel du fait de leur isolement, de la présence d’exploiteurs, du manque de protection juridique et d’un accès limité aux services de protection. Une étude menée par l’OIM en Afrique du Sud sur les travailleurs agricoles migrants a constaté que les femmes étaient particulièrement vulnérables à l’infection par le VIH, le risque étant considérablement plus élevé chez les jeunes femmes (Organisation internationale pour les migrations, 2009).
- De nombreuses migrantes n’ont pas accès à des soins appropriés de santé sexuelle et reproductive, ni à d’autres services de santé, en raison de leur statut d’immigrante clandestine, d’un manque d’assurance médicale, d’obstacles culturels ou linguistiques, d’un manque d’information sur les services disponibles et de leur pauvreté. Les migrantes qui ont subi des agressions sexuelles ou qui ont été forcées de se prostituer et qui vivent avec le VIH/sida s’abstiennent souvent de se faire soigner par honte ou par crainte (Global Migration Group, 2008).
- Une mesure importante pour assurer l’accès des migrantes aux services de santé consiste en l’application de lois et de politiques de protection qui assurent la non discrimination envers les migrants et en l’offre de programmes d’éducation des prestataires qui reconnaissent le degré de risque de violence auquel sont exposées les migrantes. Les lois et les politiques en faveur des migrantes et des migrants devraient s’appliquer non seulement aux personnes qui travaillent à l’étranger, mais aussi aux migrants internes et aux personnes de retour au pays.
- Par ailleurs, il peut être nécessaire que les établissements de santé mènent des actions d’approche communautaire pour identifier les travailleuses migrantes et leur venir en aide. Comme pour tout groupe de population particulier, les prestataires de

soins devraient associer les travailleuses et travailleurs migrants et les organisations se consacrant à leur bien-être à la conception et à l'exécution des activités d'intervention communautaire. Les établissements de santé devraient diffuser des informations sensibles aux spécificités culturelles et appliquer des stratégies de communication tenant compte des obstacles linguistiques et des niveaux d'alphabétisation des groupes ciblés, par exemple en prévoyant des interprètes pour les entrevues d'admission et pour expliquer les processus de traitement.

Exemple : Le Gouvernement de la Jordanie, en collaboration avec UNIFEM, a élaboré un contrat de travail type pour les employés de maison non jordaniens qui garantissent les droits des migrantes à l'assurance-vie, aux soins médicaux et à des jours de repos, la signature d'un tel contrat étant considérée comme une condition de l'obtention d'un permis de séjour, d'un permis de travail et d'un visa d'entrée en Jordanie (Secrétaire général des Nations Unies, 2009).

Exemple : L'Administration de l'aide sociale pour les travailleurs d'outremer des Philippines offre aux travailleurs migrants de retour au pays des services de santé, des conseils psychosociaux, des tests de dépistage volontaire du VIH et des conseils d'accompagnement, ainsi que de nombreux autres services pour aider au rapatriement (ONUSIDA, OIT et OIM, 2008).

Exemple : En partenariat avec l'Institut de sociologie de l'Académie chinoise des sciences sociales (ACSS), l'UNESCO a lancé en 2002 le projet « Ensemble avec les migrants » qui vise à promouvoir l'intégration des travailleuses migrantes dans le tissu social et économique urbain au moyen de la formation aux aptitudes fondamentales à la vie fonctionnelle, de la formation professionnelle, de l'orientation professionnelle, de la planification familiale, des soins de santé et de l'information sur les droits. Ces dernières années, le projet a élargi ses partenariats pour y inclure des artistes chinois contemporains afin d'encourager le public, par le biais de l'art contemporain, à percevoir les travailleuses migrantes d'un œil objectif et sans discrimination (Extrait de [UNESCO](#), 2010).

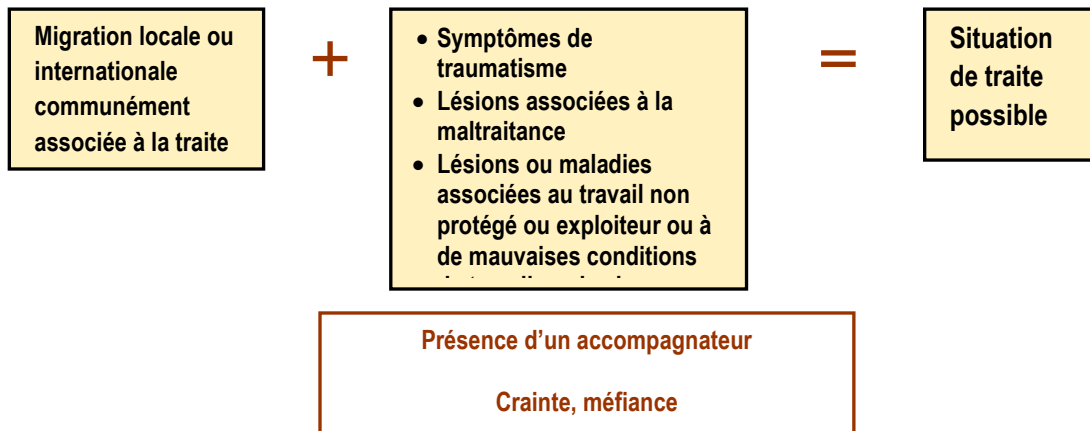
Ressources :

- ***An Action Oriented Training Manual on Gender, Migration and HIV*** [Un manuel de formation pratique sur le genre, la migration et le VIH] (Organisation internationale pour les migrations, 2009a). Disponible en [anglais](#).
- Le Secrétaire général émet périodiquement un rapport sur les problèmes de la violence à l'égard des femmes comprenant des mises à jour sur les activités des États Membres visant à répondre aux besoins de protection des migrants. Le rapport de 2009 est disponible en [anglais](#).

- La base de données du Secrétaire général sur la violence à l'égard des femmes comporte une section interrogeable sur les migrantes qui donne accès à de brefs sommaires des politiques axées sur la migration. Disponible en [anglais](#).

E. Femmes et filles victimes de la traite

- Le Protocole de Palerme, dans son article 3, définit comme suit la traite des personnes : « L'expression "traite des personnes" désigne le recrutement, le transport, le transfert, l'hébergement ou l'accueil de personnes, par la menace de recours ou le recours à la force ou à d'autres formes de contrainte, par enlèvement, fraude, tromperie, abus d'autorité ou d'une situation de vulnérabilité, ou par l'offre ou l'acceptation de paiements ou d'avantages pour obtenir le consentement d'une personne ayant autorité sur une autre aux fins d'exploitation. L'exploitation comprend, au minimum, l'exploitation de la prostitution d'autrui ou d'autres formes d'exploitation sexuelle, le travail ou les services forcés, l'esclavage ou les pratiques analogues à l'esclavage, la servitude ou le prélèvement d'organes » (Nations Unies, 2000).
- La traite des personnes se caractérise essentiellement par la servitude involontaire. On estime à plus de 12 millions le nombre des victimes du phénomène en 2010 (Département d'État des États-Unis, 2010). La forme la plus commune de la traite des personnes est l'exploitation sexuelle et la majorité de ses victimes sont des femmes et des filles. (ONUUDC, 2009).
- Au cours de chaque incident de traite, la santé physique et mentale de la victime est menacée. Depuis le stade du pré-départ, jusqu'aux stades du voyage, du transit et de l'arrivée, de la détention, de l'expulsion et de l'insertion ou du retour et de la réinsertion, les femmes et les filles peuvent connaître des mauvais traitements ou des tortures physiques, sexuels et psychologiques.
- Des politiques et des protocoles appropriés devraient tenir compte des risques que courent les femmes victimes de la traite en matière de santé. Bien que les femmes et les filles victimes de la traite puissent rechercher des soins auprès de divers établissements, y inclus dans les salles d'urgence, il est essentiel, en raison des risques élevés auxquelles elles sont exposées dans le domaine de la santé, de leur fournir des informations, des conseils et des services.
- Étant donné l'attention croissante accordée par le biais de programmes des instances gouvernementales et du secteur associatif à l'élimination de la traite des personnes et au soutien de ses victimes, les prestataires de soins de santé sont appelés à entrer en contact de plus en plus fréquemment avec des femmes et des filles qui en sont victimes. Ils devraient connaître les signes qui tendent à indiquer qu'une personne est victime de la traite :



Source : Extrait de UN.GIFT (Initiative mondiale des Nations Unies contre la traite des êtres humains), OIM (Organisation internationale pour les migrations) et London School for Hygiene and Tropical Medicine. 2009. [Caring for Trafficked Persons: Guidance for Health Providers](#) [*Prise en charge des victimes de la traite : Orientations pour les prestataires de soins de santé*].

- De nombreux femmes et filles victimes de la traite sont sujettes à des contraintes si strictes et surveillées de si près qu'elles n'ont pas accès aux soins de santé malgré les graves risques qu'elles courent dans ce domaine. Lorsque du personnel de santé entre en contact avec elles, elles peuvent ne pas vouloir révéler leur situation par crainte de poursuites judiciaires (lorsque le travail sexuel est illégal) ou d'expulsion (étant donné qu'elles sont souvent en situation irrégulière dans le pays d'accueil) (Amnesty International, 2006). Les prestataires de soins de santé doivent être particulièrement sensibles à la sécurité des victimes de la traite et aux dangers qu'elles courent et s'efforcer de leur parler en privé, dans une salle insonorisée et gardée. Même lorsque le prestataire de soins ne parle pas la langue de la cliente, l'entrevue avec celle-ci ne doit pas être menée par la/les personne(s) qui accompagne(nt) la cliente.
 - Dans tous les cas, la principale tâche du prestataire de soins est de dispenser tous les soins et conseils nécessaires selon les mêmes directives que celles qui s'appliquent aux femmes affectées par la violence, mais en accordant une attention particulière à [l'évaluation de sécurité](#) et à la [planification de la sécurité](#), ainsi qu'en veillant à la plus stricte [confidentialité](#).
 - Les prestataires de soins de santé devraient également appliquer les principes suivants lorsqu'ils ont affaire aux femmes victimes de la traite des personnes :
1. **Appliquer les recommandations contenues dans [WHO Ethical and Safety Recommendations for Interviewing Trafficked Women](#) [*Principes d'éthique et de sécurité de l'OMS pour les interviews des femmes victimes de la traite*] (Disponible en [anglais](#), [arménien](#), [bosniaque](#), [croate](#), [espagnol](#), [japonais](#), [roumain](#), [russe](#) et [serbe](#)).**

2. Traiter tout contact avec les femmes victimes de la traite comme une étape potentielle sur la voie de l'amélioration de leur état de santé. Toute rencontre avec

une victime de la traite des personnes peut avoir des effets positifs ou négatifs sur leur santé et leur bien-être.

3. Songer en priorité à la sécurité des victimes de la traite, à celle du prestataire et à celle du personnel en évaluant les risques et en prenant des décisions bien informées selon un processus consultatif. Tenir compte des questions de sécurité des victimes de la traite et des dangers potentiels qu'elles courent, elles ou les membres de leur famille.

4. Dispenser des soins respectueux et équitables, sans discrimination fondée sur le sexe, l'âge, la classe sociale, la religion, la race ou l'ethnicité. Les prestataires de soins de santé doivent respecter les droits et la dignité des personnes vulnérables, en particulier ceux des femmes, des enfants, des pauvres et des membres de minorités.

5. Disposer à l'avance d'informations pour aiguiller les clientes vers les services appropriés et vers des personnes de confiance pour les soutenir de manière à leur apporter diverses formes d'aide, notamment logement, services sociaux, conseils psychosociaux, défense juridique et forces d'application de la loi. Lorsque l'on a affaire à des personnes qui sont ou que l'on soupçonne d'être victimes de la traite et encore en contact avec les trafiquants, il est impératif de faire preuve de discrétion pour leur communiquer ces informations, par exemple en les inscrivant sur de petits morceaux de papier faciles à dissimuler.

6. Coopérer avec les autres services de soutien pour mettre en œuvre des activités de prévention et des stratégies de lutte coopératives et adaptées aux divers besoins des victimes de la traite des personnes.

7. Assurer la confidentialité et le respect de la vie privée des victimes de la traite et de leur famille. Mettre en place des mesures pour faire en sorte que toutes les communications avec les victimes de la traite des personnes et à leur sujet soient traitées confidentiellement et pour assurer le respect de la vie privée des victimes.

8. Fournir des informations compréhensibles pour les victimes de la traite. Donner des plans de soins, de leurs objectifs et des procédures une description appropriée compte tenu des capacités linguistiques et de l'âge des victimes, en prenant le temps nécessaire pour s'assurer que chaque personne comprend ce dont il s'agit et puisse poser des questions. Cette étape est essentielle avant de demander le consentement éclairé des intéressées.

9. Obtenir le consentement éclairé volontaire des victimes. Avant de partager ou de transmettre des informations sur les patientes et avant d'entreprendre les procédures de diagnostic, de traitement ou d'aiguillage, il faut obtenir le consentement éclairé volontaire de la patiente. Si une personne consent à ce que les informations la concernant soient partagées, ne fournir que celles qui sont nécessaire pour aider la personne (par exemple lors de son orientation vers un autre service) ou pour aider d'autres personnes (par exemple d'autres victimes de la traite).

10. Respecter les droits, les choix et la dignité des personnes :

- En menant les entrevues en privé.
- En offrant à la patiente le choix d'interagir avec des agents de santé ou des interprètes de sexe masculin ou féminin. Pour les entrevues de femmes ou de

filles victimes de la traite des personnes et pour les examens cliniques, il est particulièrement important que du personnel et des interprètes de sexe féminin soient disponibles.

- En se comportant de manière compatissante, sans porter de jugement et en manifestant un respect et une acceptation de chaque personne, de sa culture et de sa situation.
- En faisant preuve de patience. On évitera d'insister pour obtenir des informations si les personnes ne semblent pas disposées à parler de leur situation ou de leurs expériences.
- En ne posant que les questions nécessaires pour apporter l'aide recherchée. Il faut s'abstenir de poser des questions par simple curiosité, par exemple sur la virginité de la personne, l'argent qu'elle gagne ou qu'elle a versé, etc.
- En évitant les demandes réitérées portant sur les mêmes informations au cours d'entrevues successives. Lorsqu'il est possible, on demandera à la personne la permission de transmettre les informations nécessaires aux autres prestataires de services.
- En évitant d'offrir l'accès aux victimes de la traite aux médias, aux journalistes ou à d'autres personnes souhaitant obtenir des entrevues, sans avoir obtenu leur consentement exprès. On s'abstiendra d'exercer des pressions sur les personnes pour les amener à accepter de telles entrevues et on déconseillera la participation aux personnes dont la santé est « fragile » ou qui se trouvent dans une situation présentant des risques.

11. Éviter d'alerter les autorités, telles que la police ou les services d'immigration, sans le consentement de la victime. Les personnes victimes de la traite peuvent avoir de bonnes raisons de ne pas signaler leur présence aux autorités. On s'efforcera alors d'envisager avec elles des options possibles, auxquelles elles devront consentir.

12. Conserver toutes les informations sur les victimes de la traite de personnes en lieu sûr. Les données et les dossiers relatifs aux victimes de la traite doivent être encodés dans toute la mesure du possible et conservés sous clé. Les données électroniques doivent être protégées par des mots de passe.

Source : OIM (Organisation internationale pour les migrations). 2006. [*Breaking the Cycle of Vulnerability: Responding to the Health Needs of Trafficked Women in East and Southern Africa*](#) [*Rompre le cycle de la vulnérabilité : répondre aux besoins de santé des femmes victimes de la traite en Afrique orientale et australe*].

Exemples d'outils :

- Le [site web](#) (en anglais) de **UN.GIFT, Initiative mondiale des Nations Unies contre la traite des êtres humains**, contient toute une gamme de matériels de référence fondamentaux, manuels et outils et nouvelles sur les réunions passées et futures

consacrées à la traite des êtres humains. Le lien « Best practices » (Pratiques optimales) renvoie à des indications particulièrement utiles.

- ***Caring for Trafficked Persons: Guidance for Health Providers*** [*Prise en charge des victimes de la traite des personnes : orientations pour les prestataires*] (Initiative mondiale des Nations Unies contre la traite des êtres humains), OIM (Organisation internationale pour les migrations) et the London School for Hygiene and Tropical Medicine, 2009). Ce guide donne des conseils pratiques, non cliniques, pour aider les prestataires de soins de santé à mieux appréhender la traite des personnes, à reconnaître les problèmes de santé qui y sont liés et à envisager l'application d'approches sûres et appropriées pour fournir des soins de santé aux victimes de la traite. Ce guide a également son utilité pour répondre aux besoins de santé des [travailleuses migrantes](#) qui sont victimes de maltraitance. Les fiches pratiques dénommées « Action sheets » portent sur les sujets suivants : santé sexuelle et reproductive, considérations spéciales lors de l'examen des enfants et des adolescents, soins tenant compte des traumatismes, sécurité de l'aiguillage, soins de santé mentale, handicaps, et considérations médico-légales. Disponible en [anglais](#).

- ***WHO Ethical and Safety Recommendations for Interviewing Trafficked Women*** [*Principes d'éthique et de sécurité de l'OMS pour les interviews des femmes victimes de la traite*] (Zimmerman, C. and Watts, C. 2003). Disponible en [anglais](#), [arménien](#), [bosniaque](#), [croate](#), [espagnol](#), [japonais](#), [roumain](#), [russe](#) et [serbe](#))

- ***Handbook on Direct Assistance for Victims of Trafficking*** [*Guide sur l'aide directe aux victimes de la traite*] (Organisation internationale pour les migrations, 2007). Disponible en [anglais](#).

- ***Breaking the Cycle of Vulnerability: Responding to the Health Needs of Trafficked Women in East and Southern Africa*** [*Rompre le cycle de la vulnérabilité : répondre aux besoins de santé des femmes victimes de la traite en Afrique orientale et australe*] (Organisation internationale pour les migrations, 2006). Disponible en [anglais](#).

- ***Manual for Medical Officers Dealing with Child Victims of Trafficking and Commercial Sexual Exploitation*** - *Manual for Medical Officers Dealing with Medico-Legal Cases of Victims of Trafficking for Commercial Sexual Exploitation and Child Sexual Abuse* [*Manuel à l'intention des médecins traitant les enfants victimes de la traite et de l'exploitation sexuelle commerciale – Manuel à l'intention des médecins traitant de cas de médecine légale des victimes de la traite à des fins d'exploitation sexuelle et d'abus sexuels envers les enfants*] (Fonds des Nations Unies pour l'enfance et Department of Women and Child Development, Gouvernement de l'Inde, New Delhi, 2005). Disponible en [anglais](#).

- ***Les mécanismes nationaux d'orientation : Renforcer la coopération pour protéger les droits des victimes de la traite – Un manuel pratique*** (Organisation

pour la sécurité et la coopération en Europe, 2004). Disponible en [français](#), [anglais](#), [albanais](#), [espagnol](#), [russe](#) et [turc](#).

- Pour des ressources supplémentaires sur la traite des personnes, interrogez la [Base de données](#).

SUIVI ET ÉVALUATION

Aperçu général de l'importance du suivi et évaluation des initiatives dans le secteur de la santé

- Les informations factuelles sur l'efficacité des différentes stratégies et interventions dans le secteur de la santé, bien que de plus en plus nombreuses, présentent encore des faiblesses à plusieurs niveaux. Lorsqu'il n'est pas possible de mener des évaluations complètes, les décisions concernant le montant de ressources à dépenser et les programmes à appuyer peuvent être prises sur la base d'informations incomplètes ou de constats d'évaluations qui ne sont pas spécifiquement adaptées au contexte. Dans les cas les plus défavorables, sans évaluation appropriée, les programmes peuvent faire plus de mal que de bien aux survivantes.
- Les évaluations offrent un cadre qui permet d'identifier les interventions prometteuses, de cibler les aspects particuliers de ces interventions qui contribuent à leur succès, et de repérer les inconvénients et les lacunes de chaque stratégie. Sans ces informations, on risque de gaspiller des ressources en les allouant à des programmes qui ne produisent pas les effets escomptés ou qui peuvent même empirer la situation des femmes.
- Pour bien faire, un programme de santé devrait pouvoir mesurer les progrès accomplis en vue de la réalisation de ses objectifs et évaluer si l'intervention a été bénéfique ou a été source de risques supplémentaires. Toutefois, de nombreux programmes de santé sont mis en œuvre sans que les résultats visés soient clairement définis et sans déterminer à leur achèvement si ces résultats ont été effectivement obtenus.
- Les administrateurs de programmes de santé visant les problèmes de la violence ont une responsabilité toute particulière d'investir dans le suivi et évaluation étant donné qu'une intervention mal planifiée peut faire courir des risques supplémentaires aux femmes ou leur nuire involontairement. Il peut se faire, par exemple, qu'une session de formation ne réussisse pas à modifier ou même renforce les idées fausses et les préjugés qui peuvent nuire aux victimes de la violence. Ou encore, une politique de dépistage systématique peut être appliquée selon des modalités qui peuvent accroître l'exposition des femmes aux risques de violence ou de traumatismes émotifs.
- Le suivi et évaluation apporte des informations précieuses sur la façon optimale de protéger la santé, les droits et la sécurité des femmes qui subissent des violences.

- Les services de santé offrent une excellente occasion de répondre aux besoins des femmes maltraitées et sont d'une importance essentielle dans la prévention de la violence à l'égard des femmes et des filles et de la lutte contre cette violence, étant donné que la plupart des femmes entrent en contact avec le système de santé à un moment ou à un autre de leur existence . Le secteur de la santé est souvent le premier point de contact avec un système formel pour les femmes victimes de maltraitance, qu'elles déclarent ou non les faits. Toute visite à un service de santé offre une occasion d'atténuer les effets de la violence et de prévenir de futurs incidents. Le suivi et évaluation de ces services est essentiel pour appuyer généralement la riposte face à la violence à l'égard des femmes et des filles.
- Le suivi et évaluation doit porter sur tous les éléments de l'approche systémique de la santé, notamment sur les politiques, les protocoles, l'infrastructure, les fournitures, la capacité du personnel à dispenser un appui médical et psychosocial de qualité, la formation et diverses possibilités de perfectionnement du personnel, les systèmes de documentation des cas et de données, le fonctionnement des réseaux d'aiguillage, la sécurité et les évaluations des dangers, entre autres points pertinents par rapport aux contextes et programmes considérés.

Conduite de l'évaluation d'interventions dans le secteur de la santé

On se rappellera que les évaluations doivent reposer sur les cadres opérationnels et théoriques des interventions et qu'elles doivent être intégrées dans celles-ci dès le stade de la planification. La détermination de la situation de référence et l'analyse de situation, qui sont essentielles pour les efforts de suivi et évaluation, restent toutefois rares. On se reportera à la section d'introduction pour des informations supplémentaires sur l'élaboration d'un [cadre](#) approprié et pour le recueil des [données de référence](#).

- **Définir un but clair pour le programme**
Le [but](#) reflète la visée conceptuelle fondamentale très large du projet et l'effet à long terme recherché. Exemples de buts possibles :
 - Améliorer la qualité des soins dispensés aux survivantes de la violence sexiste dans les établissements de santé.
 - Renforcer la capacité du secteur de la santé à prévenir la violence sexiste.
- **Avec ce but général en tête, définir clairement les [objectifs](#) et les résultats escomptés.**
- **On se rappellera de tenir compte de la différence entre les activités, extrants et effets proposés**, entre ce qui sera entrepris, ce qui sera produit et ce à quoi l'on s'attend comme résultat. Par exemple :

- A. Les activités peuvent comprendre la formation des prestataires de soins de santé ou l'élaboration de protocoles standardisés pour traiter les cas de violences sexuelles.
 - B. Les extraits peuvent comprendre le nombre ou le pourcentage de prestataires de soins d'une zone cible qui ont été formés ou le nombre d'établissements de santé ayant adopté des protocoles standardisés pour traiter les cas de violences sexuelles.
 - C. Les effets peuvent comprendre le renforcement de la capacité des prestataires de soins de santé à faire face à la violence à l'égard des femmes de manière efficace et appropriée ou la mise en œuvre d'une réponse intégrée par l'établissement de soins conformément aux protocoles standardisés.
- **Élaborer des [indicateurs](#) pour mesurer chacun de ces objectifs**
 - **Se rappeler de distinguer entre indicateurs de processus et indicateurs de résultats.** Les programmes de santé recueillent généralement des données sur les processus plutôt que sur les résultats ou les effets et ne se concentrent pas nécessairement sur la question de savoir si leurs activités ont été bénéfiques ou efficaces. Cela ne signifie toutefois pas que les cadres de suivi et évaluation doivent exclure les indicateurs de processus.
 - A. **Les indicateurs de processus** sont utilisés pour suivre le nombre et les types d'activités exécutées, tels que le nombre et les types de services fournis, le nombre de personnes formées, le nombre de matériels produits et diffusés, ou le nombre et le pourcentage de clientes testées.
 - B. **Les indicateurs de résultats** sont utilisés pour évaluer si l'activité a ou non atteint les objectifs voulus. On peut citer à titre d'exemples les indicateurs du niveau de connaissances, de l'attitude et des pratiques des prestataires telles qu'elles ont été mesurées par une enquête, les perceptions des femmes concernant la qualité et les avantages des services fournis par une organisation ou institution telles qu'elles ont été mesurées par des entretiens individuels, les expériences des femmes auxquelles sont dispensés les soins, et la capacité, le caractère approprié et l'état de préparation du service de santé et de son infrastructure.

Exemples de stratégies, d'objectifs et d'indicateurs pour le suivi et évaluation des initiatives du secteur de la santé

Stratégie/Intervention	Exemples d'objectifs possibles	Exemples d'indicateurs
1) Diffusion de matériels/ d'information	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilisation des prestataires de soins à la violence sexiste et amélioration de leur compréhension du phénomène, en particulier : <ol style="list-style-type: none"> a) De la violence sexiste en tant que grave problème des droits de la personne et de santé publique b) Des obstacles auxquels font face les femmes vivant dans des situations de violence ou les survivantes de la violence lors de l'accès aux services c) Des liens entre violence sexiste et VIH/sida d) Des lois relatives à la violence sexiste et des responsabilités des prestataires de services 	<ul style="list-style-type: none"> • Proportion de prestataires qui identifient la violence sexiste comme une question fondamentale des droits de la personne et de la santé publique • Proportion de prestataires pouvant identifier les divers obstacles (et indiquer leur nombre) auxquels les femmes font face et en discuter • Proportion de prestataires pouvant identifier les diverses relations (et indiquer leur nombre) entre la violence sexiste et le VIH/sida • Proportion de prestataires qui énoncent correctement leurs obligations juridiques en rapport avec la violence sexiste
2) Formation de prestataires de services	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement des capacités des prestataires de soins à traiter les cas de violence sexiste, et en particulier : <ol style="list-style-type: none"> a) À se conformer aux protocoles de dépistage systématique b) À traiter les cas de viol et de violences sexuelles c) À traiter globalement la violence sexiste et le VIH/sida d) À établir et à utiliser des réseaux d'aiguillage à base communautaire formés de prestataires de soins et de services sociaux e) À améliorer la documentation médico-légale des cas f) À modifier les normes et les attitudes de stigmatisation 	<ul style="list-style-type: none"> • Proportion de prestataires qui comprennent les protocoles de dépistage appropriés et les appliquent • Proportion de prestataires sachant dispenser des soins appropriés aux survivantes de viol et de violences sexuelles • Proportion de prestataires tenant compte des liens entre la violence sexiste et le VIH dans les soins • Proportion de prestataires formés à identifier, aiguiller et prendre en charge les survivantes de violence • Proportion de prestataires ayant orienté des survivantes vers les services compétents • Proportion de prestataires qui n'hésitent pas à

	<p>g) À fournir des soins d'urgence et en situation de crise</p> <ul style="list-style-type: none"> • Renforcement des capacités des prestataires de soins à prévenir la violence sexiste possible : <ul style="list-style-type: none"> a) Par la modification des normes et des attitudes de stigmatisation b) Par le renforcement des capacités de dépistage de violence possible, de prestations de soins appropriés et d'aiguillage vers d'autres services selon qu'il y a lieu 	<p>poser des questions sur la violence</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proportion de prestataires qui font preuve d'attitudes appropriées et appliquent des pratiques appropriées par rapport à la violence sexiste • Proportion de femmes accédant aux services qui déclarent avoir reçu des soins complets et appropriés • Proportion de survivantes de viol/violences sexuelles qui déclarent avoir reçu des soins complets et appropriés • Proportion de survivantes d'actes de violence sexiste qui déclarent avoir reçu des soins complets et appropriés
3) Élaboration de protocoles et de normes pour la prise en charge des cas de violence sexiste	<ul style="list-style-type: none"> • Établissement de protocoles et de normes dans l'ensemble du système • Amélioration de l'application des protocoles, politiques et normes du système pour la prise en charge des cas de violence sexiste • Amélioration de l'infrastructure sanitaire pour fournir des espaces sûrs et confidentiels pour les consultations • Renforcement de la collaboration multisectorielle avec les autres services à base communautaire dans le cadre de protocoles de routine 	<ul style="list-style-type: none"> • Proportion d'établissements de santé ayant documenté et adopté un protocole pour la prise en charge clinique des cas de violence sexiste • Proportion d'établissements de santé ayant effectué une évaluation de leur état de préparation aux prestations de services aux victimes de violences sexistes • Proportion d'établissements de santé ayant les fournitures/équipements nécessaires pour la prise en charge clinique des femmes victimes de violences • Proportion d'établissements de santé ayant au moins un prestataire formé aux soins et à l'aiguillage des victimes de violences sexistes
4) Dépistage systématique	<ul style="list-style-type: none"> • Relèvement des niveaux de tests, de détection et d'orientation vers les services compétents • Amélioration des conditions permettant aux femmes victimes de violences ou vivant dans une situation de violence de parler de leur expérience 	<ul style="list-style-type: none"> • Proportion de femmes qui déclarent avoir subi des violences physiques et/ou sexuelles • Proportion de femmes interrogées sur les violences physiques et/ou sexuelles lors d'une visite dans un établissement de santé

	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement des capacités des prestataires à poser un diagnostic exact et à fournir des soins appropriés • Amélioration et contrôle de la qualité des prestations pendant le dépistage 	<ul style="list-style-type: none"> • Proportion de femmes ayant été dépistées et aiguillées conformément aux politiques de soins • Pourcentage de femmes qui indiquent que le dépistage a eu lieu en privé, pas au cours de l'examen clinique, avec tact et de manière respectueuse • Proportion de prestataires capables, au cours d'un jeu de rôle, de manifester leur aptitude à dépister les victimes de violences et à réagir de manière appropriée aux déclarations des patientes en la matière • Pourcentage de femmes ne seraient pas gênées de révéler les actes de violence et de parler de la violence dans leur vie avec les prestataires de soins
5) Campagnes d'autonomisation des femmes	<ul style="list-style-type: none"> • Accroissement des connaissances des femmes sur les sources d'aide possible en cas de violence sexiste • Accroissement de l'autonomisation et de l'habilitation des femmes concernant le droit à recevoir des soins appropriés en cas de violence sexiste 	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage de femmes qui sauraient identifier les organisations et les ressources disponibles pour soigner et aider les victimes de violences sexistes • Pourcentage de femmes qui déclarent que la violence sexiste est une question de santé et une question touchant aux droits de la personne dont les prestataires de soins devraient traiter

Source : PATH, 2010.

Exemples d'approches du suivi et évaluation pour le secteur de la santé

Approche	Exemples de méthodes utilisées
-----------------	---------------------------------------

Évaluations formelles par des consultants extérieurs au démarrage, à mi-parcours et à l'achèvement	<p>Enquêtes avec questionnaires structurés</p> <p>Groupes de discussion avec les prestataires de soins et les client(e)s</p> <p>Examen des registres au hasard</p> <p>Observations cliniques</p> <p>Entrevues en profondeur avec les informateurs clés</p>
Études de cas de petite envergure pour évaluer les nouvelles politiques et les nouveaux outils	<p>Statistiques ordinaires de services</p> <p>Focus groups avec le personnel</p> <p>Focus groups avec les client(e)s</p>
Systèmes d'information pour recueillir les données de service systématiques	Statistiques ordinaires de services pour les indicateurs clés
Réunions périodiques avec le personnel pour débattre des nouvelles politiques et des nouveaux outils	Discussions et dialogues informels entre le personnel de première ligne et les cadres
Efforts individuels des cadres pour suivre les progrès des réformes nécessaires dans l'organisation	<p>Check-listes</p> <p>Plans stratégiques</p> <p>Observation personnelle</p>
Efforts individuels des cadres pour surveiller le moral et les performances du personnel	<p>Statistiques ordinaires de services</p> <p>Examen informel des dossiers médicaux</p> <p>Discussions informelles avec des membres du personnel</p>
Vérification pré-formation et post-formation des connaissances théoriques et pratiques des prestataires	<p>Questionnaires</p> <p>Jeux de rôle</p> <p>Discussions informelles de groupe</p>

Source : Bott, Guedes and Claramunt, 2004.

Étude de cas : Évaluation de la Fédération internationale pour la planification familiale / Région de l'hémisphère occidental pour l'amélioration de la réponse à la violence sexiste

Cette évaluation s'articulait en **quatre composantes** :

1. Une évaluation de la situation de référence comprenant :

>Une enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques des prestataires de services menant des entrevues personnelles. La FIPF/RHO a conçu un questionnaire d'enquête pour recueillir des informations sur les connaissances, attitudes et pratiques des prestataires de soins en rapport avec la violence sexiste. Ce questionnaire compte environ 80 questions, seules quelques-unes étant des questions ouvertes, ce qui facilite la tabulation et l'analyse des résultats. Il couvre toute une gamme de sujets, notamment : modalités et fréquence des conversations sur la violence entre prestataires de soins et clientes; quels sont, selon les prestataires, les obstacles s'opposant au dépistage; ce que font les prestataires quand ils découvrent qu'une cliente a été victime de violences; attitudes envers les femmes victimes de violences; connaissances relatives aux conséquences de la violence sexiste; types de formations dispensées aux prestataires dans le passé. Ce questionnaire peut également être adapté pour évaluer une session de formation, en l'employant dans son intégralité ou en partie avant l'atelier et en employant une partie après l'atelier. S'il est utilisé immédiatement avant et après une seule session de formation, il ne permet de mesurer que les changements en matière de connaissances, car les changements d'attitudes et de pratiques mettent bien plus longtemps à se manifester.

>Un Guide d'observation/d'entrevue clinique. Ce guide a pour objet de recueillir des informations sur les ressources humaines, matérielles et écrites dont dispose l'établissement de soins. La première partie du guide consiste en une entrevue avec un petit groupe de prestataires (le directeur de l'établissement, un médecin et un conseiller, par exemple). Cette section contient des questions sur les ressources humaines de l'établissement, les protocoles écrits relatifs au dépistage de la violence sexiste, aux soins et aux systèmes d'orientation, et sur les autres ressources, par exemple la disponibilité de moyens contraceptifs

d'urgence. Le guide recommande à l'intervieweur de demander, dans toute la mesure du possible, à voir une copie ou un exemple de l'article en question pour s'assurer de son existence et de sa disponibilité dans l'établissement. La seconde partie du guide porte sur l'observation de l'infrastructure physique et des activités de l'établissement, notamment sur la confidentialité des consultations (question de savoir, par exemple, si l'on peut voir ou entendre les clientes en consultation de l'extérieur), ainsi que sur la disponibilité de matériels d'information sur la violence sexiste.

2. **Des statistiques de service** sur les taux de détection et les services fournis, recueillies en se servant de questions de dépistage et d'indicateurs standardisés.

>Tableaux modèles pour le recueil de données de dépistage. Pour s'assurer que les trois associations participantes recueillent des données de dépistage comparables, la FIPF/RHO a établi une série de tableaux modèles, que chaque association a remplis tous les six mois. Ces tableaux peuvent avoir leur utilité pour d'autres programmes de santé, mais pas nécessairement, car cela dépend de la décision du programme de procéder ou non à un dépistage systématique, du type de politique adoptée, du type de questions posées et du type de système d'information dont le programme dispose. En tout état de cause, ces tableaux illustrent les types de données qui peuvent être recueillies et analysées systématiquement.

3. Une évaluation à mi-parcours, essentiellement qualitative, comprenant :

>**Des discussions de focus groups et interviews détaillées** avec des prestataires, des survivantes et des parties prenantes/informateurs clés : Un protocole sommaire pour le recueil de données qualitatives décrit ces méthodes, notamment celles des interviews détaillées et des discussions de groupe, et donne également une idée des types de prestataires, clientes et autres parties prenantes auxquels il a été demandé de participer.

>**Des enquêtes sur la satisfaction des clientes** : Le questionnaire d'enquête à la sortie est un instrument standard de recueil d'information sur les opinions qu'ont les clients des services qu'ils ont reçus. Ces enquêtes visent principalement les services de santé qui ont adopté une politique de dépistage systématique. Il est important de noter que les enquêtes à la sortie présentent une limitation significative, en ce que de nombreux clients hésitent à exprimer une opinion négative des services reçus. Il en est ainsi en particulier lorsque

l'entrevue a lieu sur les lieux de prestation des services. La FIPF/RHO n'a pas pu interroger les clientes hors des centres de soins, mais elle a veillé à ce que les intervieweurs n'appartiennent pas au personnel du centre, ce qui leur a permis de rassurer les femmes participantes sur le respect de la confidentialité de leurs réponses. Ce questionnaire contient surtout des questions fermées sur les services. Il demande aux femmes si on leur a posé des questions sur la violence sexiste et sur leurs réactions au fait qu'on leur ait posé ces questions, mais il ne demande pas aux femmes de révéler si elles ont ou non été elles-mêmes victimes de violences.

>**Des études de cas** de stratégies pilotes visant à faire face à divers aspects de la violence sexiste.

4. Une **évaluation finale** pour faire pendant à l'évaluation de la situation de référence, comprenant notamment :

>Une enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques des prestataires menant des interviews personnelles.

>Un guide de l'observation clinique / des interviews.

>Des examens de dossiers choisis au hasard et l'élaboration d'un protocole :

Tout au long de la mise en œuvre de l'initiative régionale de la FIPF/RHO, les associations participantes ont recueilli des statistiques de service ordinaires, y inclus les nombres et les pourcentages de clientes ayant répondu affirmativement aux questions de dépistage. Toutefois, la qualité de ces statistiques dépend de la fiabilité des systèmes d'information et de la volonté des prestataires de soins de santé de se conformer aux politiques de l'établissement de soins, ces deux facteurs pouvant varier d'un établissement à l'autre. La FIPF/RHO a donc élaboré un protocole pour mesurer le niveau de dépistage et de documentation faisant appel à un examen des registres sur des bases aléatoires. Le manuel contient une brève description du protocole ainsi qu'une fiche de tabulation.

Principales publications téléchargeables concernant cette initiative :

Basta! The Health Sector Addresses Gender-Based Violence / ¡Basta! El Sector Salud Combate la Violencia Contra la Mujer [Assez ! Le secteur de la santé fait face à la violence sexiste]. Disponible en [anglais](#) et en [espagnol](#).

Improving the Health Sector Response to Gender-Based Violence

[Amélioration de la réponse du secteur de la santé à la violence sexiste].

Disponible en [anglais](#) et en [espagnol](#).

Indicateurs

L'initiative MEASURE Evaluation, à la demande de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) et en collaboration avec l'Interagency Gender Working Group, a compilé un ensemble d'indicateurs pour le secteur de la santé. Les indicateurs ont été conçus pour mesurer les performances et les réalisations des programmes au niveau communautaire, régional et national au moyen de méthodes quantitatives. Bien que beaucoup des indicateurs aient été utilisés sur le terrain, on notera qu'ils n'ont pas nécessairement été testés dans de multiples contextes. Pour procéder à un examen complet des indicateurs, y inclus de leur définition, on trouvera un outil et des instructions pour ce faire dans la publication [Violence Against Women and Girls: A Compendium of Monitoring and Evaluation Indicators](#).

Les indicateurs compilés pour le secteur de la santé sont les suivants :

- **Proportion d'établissements de santé ayant documenté et adopté un protocole pour la prise en charge clinique des femmes/filles survivantes de la violence**

Ce que cet indicateur mesure : Cet indicateur détermine si l'établissement de santé possède ou non un protocole standard pour guider l'identification des femmes et des filles survivantes de la violence et les prestations de services et un mécanisme d'aiguillage. Le protocole doit décrire les soins à fournir et les modalités des prestations de soins. Il doit être affiché dans l'établissement ou accessible d'autre manière pour le personnel.

- **Proportion d'établissements de santé ayant effectué une évaluation des prestations de services en rapport avec la violence à l'égard des femmes et des filles**

Ce que cet indicateur mesure : Cet indicateur mesure les efforts déployés par l'établissement de santé pour dispenser des services de base aux femmes et aux filles survivantes d'actes de violence à un niveau répondant aux attentes. Si la proportion d'établissements ayant effectué

une telle évaluation est faible, cela indique que les services fournis sont peut-être de qualité variable. Une fois l'évaluation de l'état de préparation effectuée, les établissements de santé seront en mesure d'examiner leurs points forts et de remédier aux lacunes des prestations de services aux femmes et aux filles survivantes d'actes de violence.

- **Proportion d'établissements de santé ayant les fournitures/équipements nécessaires pour la prise en charge clinique des femmes et des filles victimes d'actes de violence**
Ce que cet indicateur mesure : Cet indicateur mesure l'état de préparation des établissements de santé en vue de la prestation de services aux femmes et aux filles survivantes d'actes de violence. Si les fournitures/équipements nécessaires ne sont pas présents dans l'établissement de santé, il est probable que les services aux femmes et aux filles survivantes d'actes de violence ne peuvent pas être dispensés à un niveau acceptable. L'indicateur ne mesure pas la qualité des prestations de services effectuées au moyen de ces fournitures/équipements.
- **Proportion d'établissements de santé ayant au moins un prestataire formé aux soins et à l'aiguillage des femmes et des filles victimes de violences**
Ce que cet indicateur mesure : Cet indicateur mesure l'état de préparation des établissements de santé en vue de la prestation de services aux femmes et aux filles survivantes d'actes de violence. Si le personnel n'a pas eu de formation spécifique, les prestations de services peuvent être effectuées de manière inappropriée, voire nuisible. Cet indicateur reflète la formation, mais pas la qualité de la formation ni le degré d'intégration des connaissances acquises par le personnel dans les pratiques.
- **Nombre de prestataires de soins de santé formés identifier les femmes et les filles victimes d'actes de violence, à leur dispenser des soins et à les aiguiller vers les établissements appropriés**
Ce que cet indicateur mesure : Cet indicateur mesure un extrait d'un programme conçu pour former les prestataires de soins de santé à la fourniture de services aux femmes et aux filles victimes d'actes de violence. Il donne une mesure de la couverture de la zone géographique considérée par du personnel formé et aide à déterminer par le suivi si un programme a ou non atteint le nombre cible de prestataires formés.

- Nombre de prestataires de soins de santé formés à la prise en charge des cas de C/MGF et au counselling**

Ce que cet indicateur mesure : Cet indicateur mesure un extrait d'un programme conçu pour former les prestataires de soins de santé à la prise en charge des complications, physiques et psychosociales, résultant des procédures de C/MGF. Il donne une mesure de la couverture de la zone géographique considérée par du personnel formé et aide à déterminer par le suivi si un programme a ou non atteint le nombre cible de prestataires formés.
- Proportion de femmes se présentant dans un établissement de santé auxquelles ont été posé des questions sur la violence physique et sexuelle**

Ce que cet indicateur mesure : Cet indicateur mesure le nombre de femmes se présentant pour n'importe quels soins dans des établissements de santé auxquelles il a été demandé si elles avaient jamais été victimes de violences physiques ou sexuelles. Le chiffre peut être déterminé par établissement de santé ou par zone géographique considérée.
- Proportion de femmes ayant déclaré avoir subi des violences physiques et/ou sexuelles**

Ce que cet indicateur mesure : Cet indicateur d'extrait fournit une mesure du recours aux services par les femmes et les filles ayant subi des violences qui déclarent les faits aux prestataires de soins de santé.
- Proportion de survivantes d'actes de violence à l'égard des femmes et des filles ayant reçu des soins complets**

Ce que cet indicateur mesure : Cet indicateur d'extrait fournit une mesure des prestations de services aux femmes et aux filles ayant subi des violences qui déclarent les faits aux prestataires de soins de santé. Il ne mesure pas la qualité des prestations.
- Proportion de survivantes de viol ayant reçu des soins complets**

Ce que cet indicateur mesure : Cet indicateur d'extrait fournit une mesure des prestations de services aux victimes de viol qui se présentent dans les établissements de santé. Il ne mesure pas la qualité des prestations.

Méthodes d'évaluation de la situation de référence (et de la situation finale)

Les données de la situation de référence appartiennent à quatre domaines généraux :

- Évaluation des connaissances, attitudes et pratiques des prestataires de soins
- Évaluation de la nature appropriée, de l'état de préparation, de l'infrastructure et des capacités des établissements de santé
- Évaluation de l'expérience des femmes dans le secteur de la santé
- Évaluation du respect des politiques et des protocoles

Évaluation du niveau de connaissances, des attitudes et des pratiques des prestataires concernant la violence à l'égard des femmes et des filles

Les données sur les connaissances, attitudes et pratiques des prestataires de soins peuvent informer les responsables sur ce que leur personnel sait et sur ses opinions concernant la violence, sur les questions qui doivent être abordées lors des formations et sur les ressources manquantes dans l'établissement considéré. En outre, cette information peut servir à définir une situation de référence par rapport à laquelle on pourra mesurer l'évolution des connaissances, attitudes et pratiques des prestataires au fil du temps.

Parmi les méthodes de recueil d'informations sur les connaissances, attitudes et pratiques des prestataires figurent les sondages/enquêtes et le recueil de données qualitatives au moyen de discussions avec les prestataires ou d'autres modalités participatives. Les données qualitatives peuvent apporter une compréhension détaillée des points de vue des prestataires. Les données quantitatives facilitent la mesure du changement dans le temps.

Les enquêtes sur les connaissances, attitudes et pratiques des prestataires de soins de santé sont utiles pour les raisons suivantes :

- Elles apportent des informations sur la fréquence à laquelle les prestataires ont parlé de la violence avec les clientes, s'ils l'ont fait, et sur les

circonstances dans lesquelles ils en ont parlé, sur l'opinion des prestataires concernant les obstacles au dépistage, sur les actions des prestataires qui apprennent qu'une cliente a subi des violences, sur les attitudes discriminatoires ou réprobatrices des prestataires, sur les attitudes de ceux-ci envers les femmes qui subissent des violences, sur leurs connaissances concernant la violence sexiste et sur les types de formations dispensées dans le passé.;

- Elles peuvent fournir des mesures pratiques en pré-intervention et en post-intervention.

Il est préférable, pour réaliser ces enquêtes, de se servir d'instruments déjà validés, ou d'adapter de tels instruments et leurs questions, tels que les suivants :

- **World Health Organization Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women** [Étude multipays de l'Organisation mondiale de la santé sur la santé des femmes et la violence domestique] (OMS). Cette enquête comprend des questions visant à apprécier les attitudes concernant la violence à l'égard des femmes. Disponible en [anglais](#).
- **Gender-Equitable Men (GEM) Scale** [Échelle des hommes égalitaires] (Horizons et Promundo). Cette échelle mesure les attitudes relatives aux normes de l'égalité entre les sexes, fournit des informations sur les normes couramment appliquées dans la communauté et sur l'efficacité des programmes visant à influencer sur ces normes. Disponible en anglais, en espagnol et en portugais.
- **National Community Attitudes towards Violence against Women Survey 2009** [Enquête nationale 2009 sur les attitudes communautaires relatives à la violence à l'égard des femmes] (The Victorian Health Promotion Foundation). Ce questionnaire d'enquête comprend des sous-sections portant sur les attitudes relatives à la violence domestique et à la violence sexuelle, et fait appel à une échelle indiquant l'accord ou le désaccord avec les déclarations énoncées. Disponible en [anglais](#).
- **The Attitudes Towards Rape Victims Scale** [Échelle des attitudes envers les victimes de viol] (The Arizona Rape Prevention and Education Project). Cette échelle est un instrument auto-administré conçu pour évaluer les attitudes des gens envers les victimes de viol plutôt qu'envers le viol en général. Disponible en [anglais](#)

- **The Sexual Violence Research Initiative** [Initiative de recherche sur la violence sexuelle]. Les auteurs de cette initiative ont compilé un ensemble très complet d'outils et de méthodes d'évaluation portant sur les prestations de services, les connaissances, les attitudes, les pratiques et les comportements dans les projets et les services axés sur la violence sexuelle. Ils espèrent, en mettant ces matériels à la disposition des prestataires de services, des dirigeants, des décisionnaires et des activistes, entre autres, faciliter l'intégration de l'évaluation dans les plans des programmes et des projets. Disponible en [anglais](#).

Les instruments d'évaluation proviennent d'articles de périodiques évalués par des pairs faisant rapport des constats d'évaluation de services et d'interventions du secteur de la santé en faveur de femmes victimes/survivantes de violences sexuelles, publiés en anglais ou en espagnol de janvier 1990 à juin 2005. Ces instruments sont disponibles dans la section [Evaluation](#) du site web de la Sexual Violence Research Initiative.

Les entrevues semi-structurées avec les prestataires de soins de santé ont leur utilité car :

- Elles donnent des aperçus sur les connaissances, attitudes et pratiques des prestataires de soins; et
- Elles permettent d'examiner plus en détail les problèmes, obstacles et difficultés susceptibles de se répercuter sur la capacité de prestations de soins.

- **International Planned Parenthood Federation, Western Hemisphere Region's (IPPF/WHR's) Survey of Provider Knowledge, Attitudes and Practices (KAP) [Enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques des prestataires de la Fédération internationale pour la planification familiale/Région de l'hémisphère occidental (FIPF/RHO)]** : Ce questionnaire d'entrevue personnelle est destiné à être utilisé avec les prestataires de soins de santé pour les femmes. Il porte sur les connaissances, attitudes et pratiques des prestataires de soins concernant la violence dans la vie de leurs patientes. Il compte environ 80 questions (fermées pour la plupart), sur toute une gamme de sujets, notamment : modalités et fréquence des conversations sur la violence entre prestataires de soins et clientes; quels sont, selon les prestataires, les obstacles s'opposant au dépistage; ce que font les prestataires quand ils découvrent qu'une cliente a été victime de violences; attitudes envers les femmes victimes de violences; connaissances relatives aux conséquences de la violence sexiste; types de formations dispensées aux prestataires dans le passé. Disponible en [anglais](#) et en [espagnol](#).

Les méthodes participatives qualitatives employées avec le personnel des établissements de santé, notamment les discussions de focus groups, les histoires ouvertes, la cartographie, les jeux de rôle, les diagrammes de Venn et autres peuvent avoir leur utilité, car :

- Elles donnent des aperçus sur les connaissances, attitudes et pratiques des prestataires de soins; et
- Elles informent sur les pratiques et les normes institutionnelles, ainsi que sur la dynamique de groupe et les flux de travail.

Voir la section sur [les méthodes qualitatives](#) pour des idées et des exemples des instruments pouvant être utilisés.

Évaluation de l'adéquation de l'infrastructure et des capacités des établissements de santé

L'amélioration de la réponse du secteur de la santé à la violence sexiste a des répercussions sur un grand nombre d'aspects du fonctionnement des établissements de soins. C'est ainsi, par exemple, qu'une bonne prise en charge des femmes qui ont subi des violences peut exiger des salles de consultation privées, des politiques et des protocoles écrits sur le traitement des cas de violence, un flux de clientes qui facilite l'apport de soins valables, l'accès à des moyens contraceptifs d'urgence et un répertoire des ressources disponibles dans la communauté. Une façon d'évaluer les ressources dont dispose un établissement de santé consiste à confier la tâche à un observateur indépendant

qui se rend dans l'établissement et qui évalue la situation sur place, de visu. Une autre possibilité consiste à demander à un groupe de membres du personnel de remplir une check-liste ou de répondre à un questionnaire auto-administré portant sur les ressources qui sont importantes pour fournir des soins de qualité aux survivantes de la violence.

Parmi les méthodes utilisables figurent notamment :

- **Les observations cliniques**
- **Les interviews confidentielles** avec le personnel, qui sont une excellente source d'information sur l'infrastructure, les protocoles et les capacités de l'établissement. Toutefois, elles exigent un investissement de temps et des mesures d'assurance de la confidentialité, et les employés de l'établissement risquent de ne pas vouloir s'associer à des évaluations critiques de leur employeur.
- **Les questionnaires/ check-listes de gestion**, qui sont des mécanismes de suivi faciles à utiliser et relativement économes en ressources. On peut se servir d'une check-liste de gestion pour effectuer un suivi des mesures prises par l'établissement pour assurer une réponse appropriée aux besoins des femmes victimes de la violence sexiste.
- **L'examen des protocoles et des politiques.**

Exemple de check-liste de suivi des éléments clés minimum des soins de santé de qualité pour les femmes victimes/survivantes de la violence sexiste

Toutes les organisations du secteur de la santé ont l'obligation morale de veiller à la qualité des soins qu'elles dispensent à toutes les femmes et de procéder pour ce faire à des évaluations complètes et/ou à des activités ordinaires de suivi en continu. L'évaluation pourra également porter sur les éléments minimum requis pour assurer la sécurité des femmes et pour fournir des soins de qualité, compte tenu de l'incidence élevée de la violence sexiste, ainsi qu'il est indiqué ci-dessous :

1. **Valeurs et engagement institutionnels** : L'institution s'est-elle engagée à lutter contre la violence à l'égard des femmes, en adoptant une « approche systémique » ? La haute direction est-elle consciente de la violence sexiste à l'égard des femmes en tant que problème de santé publique et violation des droits de la personne, et a-t-elle exprimé son soutien en faveur d'efforts visant à améliorer la réponse du service de santé face à la violence ?

2. **Alliances et réseaux d'orientation/aiguillage** : L'institution a-t-elle mis en place dans la communauté un réseau de services, y inclus de groupes de femmes et d'autres appuis, vers lesquels les femmes peuvent être aiguillées ? Cette information est-elle accessible à tous prestataires de soins de santé ?
3. **Respect de la vie privée et confidentialité** : L'institution possède-t-elle une salle distincte et sûre où les femmes peuvent consulter les prestataires de soins ? Y a-t-il des protocoles pour assurer le respect de la vie privée et la sécurité des femmes ainsi que la confidentialité des consultations et des dossiers ? Les prestataires de soins et toutes les personnes qui entrent en contact avec les femmes ou ont accès aux dossiers comprennent-elles les protocoles ?
4. **Compréhension et respect des lois et règlements locaux et nationaux** : Tous les prestataires connaissent-ils les lois et règlements locaux et nationaux sur la violence sexiste, notamment ce qui constitue un crime, le traitement des preuves médico-légales, les droits des femmes en matière de plainte contre l'auteur des faits et de leur protection contre de futurs actes de violence, les formalités que doivent remplir les femmes pour se séparer d'un conjoint violent ? Les prestataires de soins comprennent-ils leurs obligations en vertu de la loi, y inclus celles relatives à la fourniture de rapports (dans les cas d'abus sexuels, par exemple) ainsi que les règlements régissant l'accès aux dossiers médicaux (tels que les droits d'accès des parents aux dossiers des adolescents) ? L'institution facilite-t-elle et soutient-elle le plein respect des obligations ?
5. **Sensibilisation et formation en continu des prestataires** : L'institution dispense-t-elle des formations en continu, ou collabore-t-elle avec des organisations qui dispensent de telles formations au personnel sur la violence sexiste, les normes et pratiques néfastes, les obligations juridiques et la prise en charge médicale des cas ?
6. **Protocoles de prise en charge des cas de violence sexiste**: L'institution possède-t-elle des protocoles clairs, facilement disponibles, pour le dépistage, les soins et l'aiguillage des patientes victimes de violence sexiste ? Ces protocoles ont-ils été élaborés de manière participative et compte tenu de retours d'information du personnel de tous les niveaux ainsi que des clientes ? Les membres du personnel connaissent-ils les protocoles et sont-ils capables de les appliquer ?
7. **Fournitures de prophylaxie post-exposition, de contraception d'urgence et autres** : L'institution a-t-elle de fournitures, facilement disponibles et son personnel a-t-il été formé de manière appropriée pour les diffuser et les utiliser ?

8. **Matériels de formation et d'éducation** : Des informations sur la violence à l'égard des femmes sont-elles visibles et disponibles, notamment sur les droits des femmes et sur les services locaux auprès desquels les femmes peuvent trouver de l'aide ?
9. **Dossiers médicaux et systèmes d'information** : Y a-t-il des systèmes en place pour documenter les informations sur la violence à l'égard des femmes ainsi que pour réunir des données et des statistiques de service standardisées sur le nombre de victimes de violence ? Les dossiers sont-ils tenus dans de bonnes conditions de sécurité ?
10. **Suivi et évaluation**: L'institution a-t-elle des mécanismes intégrés de suivi et d'évaluation en continu de ses travaux, y inclus pour recueillir les retours d'information de tout le personnel ainsi que des femmes ayant recours aux services ? Y a-t-il des occasions périodiques d'échanges d'information pour les prestataires de soins et les cadres ? Y a-t-il un mécanisme permettant aux clientes de fournir des retours d'information sur les soins ?

Source : Adapté d'après Bott, Guedes/Fédération internationale pour la planification familiale. 2004

Exemples d'outils :

- **How to Conduct a Situation Analysis of Health Services for Survivors of Sexual Assault** [Comment mener une analyse de situation des services de santé pour les survivantes d'agression sexuelle] (South African Gender-based Violence and Health Initiative et Medical Research Council of South Africa). Ce guide fournit des outils et décrit les étapes de la réalisation d'une analyse de situation portant sur la qualité des services de santé pour les victimes/survivantes d'agression sexuelle. Il contient notamment une *check-liste d'établissement* pour recueillir des informations sur l'infrastructure de l'établissement où les survivantes sont traitées et où ont lieu les examens médico-légaux, y inclus sur les médicaments, les équipements et les tests disponibles dans l'établissement. Il comprend également un *questionnaire standardisé pour prestataires de soin* destiné à être utilisés dans les entrevues personnelles avec les prestataires traitant les survivantes. On notera que cet outil ne prend pas en considération la stigmatisation et la discrimination, le temps d'attente des patientes avant de voir un prestataire de soins, ni ce qui se passe après l'examen par le prestataire. Disponible en [anglais](#).

- **Clinic Interview and Observation Guide** [Guide d'observation/d'entrevue clinique] (Fédération internationale pour la planification familiale/Région de l'hémisphère occidental). Cet outil d'évaluation permet de recueillir des informations sur les humaines, matérielles et écrites dont dispose l'établissement de soins. La première partie du guide consiste en une entrevue avec un petit groupe de prestataires (le directeur de l'établissement, un médecin et un conseiller, par exemple). Cette section contient des questions, fermées pour la plupart, sur les services, notamment sur les ressources humaines de l'établissement, les protocoles écrits relatifs au dépistage de la violence sexiste, aux soins et aux systèmes d'orientation, et sur les autres ressources, par exemple la disponibilité de moyens contraceptifs d'urgence. La seconde partie du guide porte sur l'observation de l'infrastructure physique et des activités de l'établissement, notamment sur la disponibilité d'espaces de consultation discrets, ainsi que sur la disponibilité de matériels d'information sur la violence sexuelle. Disponible en [anglais](#) et en [espagnol](#).

- **STI/HIV Self-Assessment Module** [Module d'auto-évaluation des capacités relatives aux IST/VIH] (Fédération internationale pour la planification familiale/Région de l'hémisphère occidental). Ce module contient un questionnaire conçu pour déterminer sur l'organisation possède les capacités, notamment les systèmes de gestion, nécessaires pour assurer des prestations de services de santé sexuelle et génésique de haute qualité. Le questionnaire permet aux membres du personnel de différents niveaux d'évaluer la mesure dans laquelle l'établissement a pris en considération une multitude de questions en rapport avec la violence sexiste, notamment la violence sexuelle. Disponible en [anglais](#) et en [espagnol](#).

- **Management of Rape Victims Questionnaire** [Questionnaire de prise en charge des victimes de viol] (Azikiwe, Wright, Cheng & D'Angelo). Ce questionnaire auto-administré a été conçu à l'intention des directeurs de programme de services d'urgence d'hôpitaux pédiatriques et pour adultes pour leur permettre de fournir des rapports sur la prise en charge des survivantes de viols dans leur service. Ses 22 questions permettent de recueillir des informations sur le volume des cas de viol pris en charge par le service, le dépistage des IST, les politiques de contraception d'urgence et les médicaments offerts ou prescrits à cette fin, les politiques de prophylaxie post-exposition non professionnelle au VIH et les médicaments offerts ou prescrits à cette fin, et le suivi des patientes. Disponible à l'achat en anglais chez [Elsevier](#).

- **Standardized Interview Questionnaires and Facilities Checklist** [Questionnaires d'entrevue et check-liste d'établissement standardisés]

(Christofides, Jewkes, Webster, Penn-Kekana, Abrahams and Martin). Ce questionnaire d'entrevue personnelle a été conçu pour recueillir des informations auprès des prestataires de soins de santé qui traitent les survivantes de viol. Il s'articule en 5 sections portant sur les caractéristiques démographiques des prestataires, les types de services disponibles pour les survivantes de viol, la disponibilité dans l'établissement de protocoles de soins pour les survivantes de viol, la formation des praticiens pour la prise en charge des survivantes de viol et les attitudes des praticiens concernant le viol et les femmes qui ont été violées. Les réponses sont utilisées pour établir une échelle mesurant la qualité des soins cliniques. En outre, l'outil comprend une check-liste à remplir par les agents de terrain à chaque centre de soins, notant la présence ou l'absence d'équipements et de médicaments et la qualité structurale des installations. Disponible en [anglais](#).

- **Quality of Care Composite Score** [Score composite de la qualité des soins] (Christofides, Jewkes, Webster, Penn-Kekana, Abrahams and Martin). Le score composite de la qualité des soins est une mesure auto-déclarée utilisée au niveau de chaque praticien pour évaluer les soins cliniques dispensés par les médecins et les infirmières traitant les victimes de viol, en termes d'indicateurs de stratégies de prévention des IST et de prévention des grossesses, de counselling et de qualité des examens médico-légaux. Il comprend 11 éléments tels que le traitement des IST et les vêtements ou sous-vêtements faisant l'objet d'analyses médico-légales. Disponible en [anglais](#).

Évaluation des expériences des femmes concernant les soins de santé

Le renforcement de la réponse du secteur de la santé à la violence sexiste exige que l'on comprenne les expériences des femmes qui accèdent ou essaient d'accéder aux services. Il s'agit notamment d'évaluer les mesures prises pour déterminer et éliminer les obstacles et les défis auxquels se heurtent les femmes victimes de violences lorsqu'elles recherchent des soins. La meilleure façon de procéder est d'interroger les femmes lors de leur sortie de l'établissement de soins. On notera toutefois que ces femmes peuvent hésiter à critiquer les services qu'elles ont reçus alors qu'elles se trouvent encore dans l'établissement. Si possible, on utilisera les interviews et les discussions de focus groups supplémentaires de femmes identifiées par d'autres services sociaux, hors du système de santé, pour évaluer les services de santé et la qualité des soins.

Parmi les méthodes utilisables figurent :

- Les méthodes qualitatives participatives avec les femmes accédant ou cherchant à accéder aux services de santé, notamment les discussions de focus groups, les jeux de rôle, les histoires ouvertes, la cartographie et les diagrammes de Venn;
- Les interviews de sortie des clientes;
- Les interviews avec les femmes qui ne peuvent pas accéder aux services de santé pour déterminer les obstacles auxquels elles se heurtent et pour fournir un cadre hors des services de santé où elles peuvent s'exprimer plus librement sur leur expérience.

Exemples d'outils :

- **In Her Shoes methodology** [Méthodologie « à sa place »] ([Washington Coalition on Domestic Violence](#)). Cette méthodologie a été élaborée par l'Amérique latine et spécifiquement adaptée à ce contexte pour former et sensibiliser les prestataires de services aux obstacles auxquels se heurtent les femmes vivant dans des situations de violence. Elle a également été traduite en [espagnol](#) et adaptée pour l'Amérique latine par l'InterCambios Alliance.
- **Client Exit Survey Questionnaire** [Questionnaire d'enquête de sortie pour les clientes] (Fédération internationale pour la planification familiale / Région de l'hémisphère occidental). Il s'agit ici d'un instrument d'enquête standard pour recueillir des informations sur les opinions des clients sur les services qui leur ont été fournis; il est destiné principalement aux services de santé qui ont mis en place une politique de dépistage systématique. Ce questionnaire, qui contient des questions fermées pour la plupart portant sur les services, demande aux femmes si elles ont été interrogées sur la violence sexiste et quels étaient leurs sentiments devant ces interrogations; il ne demande pas aux femmes de révéler si elles ont ou non subi des violences. Disponible en [anglais](#) et en [espagnol](#).
- **Using Mystery Clients: A Guide to Using Mystery Clients for Evaluation Input** [Utilisation de clients mystérieux : Guide de l'utilisation de clients mystérieux pour informer les évaluations] (Pathfinder, 2006). Disponible en [anglais](#).

Évaluation du respect des politiques et des protocoles

Les statistiques de service ordinaires sur les clientes, notamment les nombres et les pourcentages de clientes ayant répondu affirmativement aux questions de dépistage, sont un moyen important d'apprécier la réponse des établissements de santé à la violence sexiste.

Toutefois, la qualité de ces statistiques dépend de la fiabilité des systèmes d'information et de la volonté des prestataires de soins de santé de se conformer aux politiques de l'établissement de soins, ces deux facteurs pouvant varier d'un établissement à l'autre. La disponibilité et la qualité des statistiques dépendent également de la décision de procéder ou non à un dépistage systématique, du type de politique adoptée par l'établissement, du type de questions posées, du type de système d'information en place et de la capacité du personnel en matière de recueil des données.

L'examen des registres sur des bases aléatoires constitue un moyen d'évaluer l'exhaustivité de la tenue des données concernant le dépistage de la violence sexiste et la qualité de la compréhension et de l'application des politiques et des protocoles de dépistage par les prestataires.

Parmi les méthodes utilisables figurent :

- **L'examen des données de dépistage;**
- **L'examen des statistiques de service ordinaires;**
- **L'examen des protocoles et procédures :**
 - En demandant à voir la documentation de tous les protocoles et procédures disponibles, y inclus des protocoles de dépistage,
 - En déterminant s'il y a des protocoles et procédures pour la prise en charge des cas de violence sexiste, y inclus de violence sexuelle,
 - En déterminant si les protocoles sont clairs, sans ambiguïté et facilement accessibles pour tout le personnel.

Exemples d'outils :

- **Sample tables for gathering screening data** [Modèles de tableaux pour le recueil des données de dépistage] (Fédération internationale pour la planification familiale / Région de l'hémisphère occidental). Cette série de tableaux a été élaborée pour recueillir des données de dépistage comparables entre les différents établissements. Ces tableaux illustrent les types de données que l'on peut recueillir et à analyser sur des bases systématiques. L'emploi de ces tableaux dépend de la décision du programme de santé de procéder à un dépistage systématique, du type de politique adoptée par le programme, du type de questions posées et du type de système d'information dont dispose le programme. Disponible en anglais et en espagnol. Disponible en anglais et espagnol.
- **Random record review protocol** [Protocole d'examen des registres sur des bases aléatoires] (Fédération internationale pour la planification familiale / Région de l'hémisphère occidental). La qualité des statistiques de service ordinaires, tels que les nombres et les pourcentages de clientes ayant répondu par l'affirmative aux questions de dépistage, dépend de la fiabilité des systèmes d'information et de la volonté des

prestataires de soins de santé de se conformer aux politiques de l'établissement de soins, ces deux facteurs pouvant varier d'un établissement à l'autre. Disponible en anglais et en espagnol. Disponible en anglais et espagnol.

Prochaines étapes

Ces recommandations sont extraites de la publication de la Fédération internationale pour la planification familiale, [Improving the Health Sector Response to Gender-based Violence](#) [Amélioration de la réponse du secteur de la santé à la violence sexiste].

- Se servir des constats issus de l'étude de la situation de référence lors des activités de sensibilisation et de formation du personnel. Les constats issus de l'enquête sur les prestataires peuvent servir à identifier les sujets à traiter lors des activités de sensibilisation et de formation de ceux-ci. L'enquête sur les prestataires peut indiquer, par exemple, les types de connaissances et d'attitudes à examiner lors d'un atelier de sensibilisation.
- Tenir un atelier participatif pour partager les résultats, identifier les domaines où des améliorations s'imposent et élaborer un plan d'action. Après avoir recueilli les données de la situation de référence, les programmes de santé peuvent trouver utile d'organiser un atelier avec un large groupe de membres du personnel pour discuter des résultats.
- Prévoir de recueillir des données de suivi en se servant des mêmes instruments afin de déterminer l'ampleur des progrès réalisés par l'organisation. Une fois que l'organisation dispose de données de référence sur les connaissances, attitudes et pratiques des prestataires, ainsi que sur ses ressources cliniques, elle peut procéder à une nouvelle enquête identique ou à des observations cliniques à une date ultérieure et mesurer ainsi les changements intervenus dans le temps.

Exemples de rapports de suivi et évaluation dans le secteur de la santé :

- **Pan American Health Organization - Violence against Women: The Health Sector Responds** [La violencia contra las mujeres: responde el sector salud] [Organisation panaméricaine de la santé - La violence à l'égard des femmes : le secteur de la santé réagit] (Velzeboer, Ellsberg, Arcas, García-Moreno/ Organisation panaméricaine de la santé, 2003). Disponible en [anglais](#) and [espagnol](#).
- **Evaluating an Intervention of Post Rape Care Services in Public Health Settings** [Évaluation d'une intervention des services de soins en cas de viol dans le secteur de la santé publique] (Kilonzo, Liverpool VCT, 2007). Présentation PowerPoint disponible en [anglais](#).

- **Review of PAHO's Project Towards an Integrated Model of Care for Family Violence in Central America. Final Report** [Examen du projet de l'OPS « Vers un modèle intégré de soins en cas de violence familiale en Amérique centrale] (Arcas and Ellsberg, 2001). Disponible en [anglais](#).

Outils et ressources supplémentaires :

- **Ver y Atender, Guía práctica para conocer cómo funcionan los servicios de salud para mujeres víctimas y sobrevivientes de violencia sexual** [Getting It Right! A Practical Guide to Evaluating and Improving Health Services for Women Victims and Survivors of Sexual Violence]. Guide pratique pour déterminer comment fonctionnent les services de santé pour les femmes victimes et survivantes d'actes de violence sexuelle] (Troncoso, Billings, Ortiz, Suárez/Ipas 2006). Disponible en [anglais](#) and [espagnol](#).
- ***Preventing Intimate Partner and Sexual Violence against Women: Taking Action and Generating Evidence*** (World Health Organization/London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2010). Available in [English](#).
- **Improving the Health Sector Response to Gender-Based Violence** [Amélioration de la réponse du secteur de la santé à la violence sexiste] (Bott, Guedes, Claramunt, Guezmes, Fédération internationale pour la planification familiale/Région de l'hémisphère occidental, 2004). Disponible en [anglais](#) and [espagnol](#).
- **Sexual Violence Research Initiative Website** [Site web de l'Initiative de recherche sur la violence sexuelle], Section « Evaluation ». Disponible en [anglais](#).