



VIOLENCES BASÉES SUR LE GENRE

ET



VIH/SIDA



PRÉVENIR – IDENTIFIER – ACCUEILLIR
PRENDRE EN CHARGE – ORIENTER

Guide pratique à destination
des acteur·rices de terrain

Édition 2020





Rédaction : Aurélie Musca Philipps, consultante pour Sidaction

Coordination : Cécile Chartrain, responsable de Programmes Minorités sexuelles et Genre, Sidaction

Relecture : Dr Azza Ezzouhra (ALCS, Maroc), Chanelle Kouankep (Transamical, Cameroun), Laïla Loste (Plateforme ELSA), Julie Ngando Eke et Joachim Ntetmen Mbetbo (Alternatives Cameroun), Anne Susset (Sidaction), Stella Tiendrebeogo (psychologue indépendante).

Associations citées et/ou consultées pour la rédaction du guide : AAS (Burkina Faso), ACS (Togo), AFAFSI (Burkina Faso), ALCS (Maroc), ANSS (Burundi), AVAF (Cameroun), Alternative Côte d'Ivoire, Alternatives Cameroun, AREFM (Mali) Centre SAS (Côte d'Ivoire), CeRADIS (Bénin), Espace Confiance (Côte d'Ivoire), EVT (Togo), Horizons Femmes (Cameroun), Humanity First Cameroon, MVS (Niger), REVS PLUS (Burkina Faso), SWAA Littoral (Cameroun), SOS-Sida (RDC), Transigeance Action Cameroun.

Graphisme : Stéphanie Poche

Photographies : Régis Samba-Kounzi



Cette œuvre est mise à disposition sous licence Attribution. Pas d'Utilisation Commerciale 3.0 France. Pour voir une copie de cette licence, visitez <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/fr/> ou écrivez à Creative Commons, PO Box 1886, Mountain View, CA 94042, USA

Le présent document bénéficie du soutien de l'Agence Française de Développement. Néanmoins, les idées et les opinions présentées ne représentent pas nécessairement celles de l'AFD.

• LISTE DES ACRONYMES •

ARV	Antirétroviraux
COVID-19	Coronavirus Disease 2019 (maladie à coronavirus de 2019)
DMU	Dispositif minimum d'urgence en santé sexuelle et reproductive
DSSR	Droits et santé sexuels et reproductifs
FMO	Forces de maintien de l'ordre
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
FSF	Femmes qui ont des rapports sexuels avec d'autres femmes
IASC	Inter Agency Standing Committee (Comité permanent inter-organisations)
IEC	Information Education Communication
IAWG	Groupe de travail inter-agences sur la santé reproductive dans les contextes de crise
IRC	International Rescue Committee
IST	Infections sexuellement transmissibles
HSB	Hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes
LGBTI	Lesbiennes Gays Bisexuel·les Transgenres Intersexes
MGF	Mutilations génitales féminines
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PPE	Prophylaxie post-exposition
PSEA	Protection contre l'exploitation et les abus sexuels
PSH	Personnes en situation de handicap
PSP	Premiers secours psychologiques
PTPE	Prévention de la transmission parent-enfant
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
SSR	Santé sexuelle et reproductive
TDS	Travailleur·ses du sexe
UD	Usager·ères de drogues
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VBG	Violences basées sur le genre
VIH	Virus d'immunodéficience humaine
VS	Violences sexuelles

• NOTE SUR L'ÉCRITURE INCLUSIVE •

Ce guide a été rédigé en s'inspirant des recommandations du Manuel d'écriture inclusive publié par l'agence de communication Mots-Clés (2019). L'écriture inclusive est définie dans ce manuel comme un « ensemble d'attentions graphiques et syntaxiques permettant d'assurer une égalité des représentations entre les femmes et les hommes ».

Cette pratique s'appuie sur deux convictions: d'une part, changer les mentalités est nécessaire pour faire progresser l'égalité; d'autre part, pour y arriver, il faut agir sur ce par quoi elles se construisent: le langage.

Les trois principales règles d'écriture inclusive consistent à:

- 1.** Accorder systématiquement en genre les noms de fonctions, grades, métiers et titres;
- 2.** User à la fois du féminin et du masculin, en utilisant des procédés itératifs (exemple « les usagers et les usagères »), en recourant aux termes épïcènes, c'est-à-dire dont la forme ne varie pas selon le genre (exemple: « la population usagère »), ou encore en faisant un usage raisonné du point médian aussi appelé point milieu (exemple: « les usager·ères »);
- 3.** Cesser de mettre une majuscule de prestige au mot « Homme » pour désigner l'ensemble du genre humain (on préférera ainsi l'utilisation de l'expression « droits humains » plutôt que « droits de l'Homme »).

Le Manuel d'écriture inclusive de l'agence Mots-Clés peut être téléchargé à l'adresse suivante: <https://www.motscles.net/ecriture-inclusive>

• SOMMAIRE •

Edito	8
I. VBG : de quoi parle-t-on ?.....	11
II. Les liens entre VBG et VIH	17
III. Prérequis à la mise en place d'activités en lien avec les VBG.....	25
IV. Stratégies de prévention.....	31
V. Éléments généraux relatifs à la prise en charge	41
VI. Services de prise en charge	47
VII. Interventions en contexte de crise	65
VIII. Suivi de la qualité des services et soutien aux professionnel·les	73
Pour aller plus loin / Bibliographie	78



• EDITO •

Les violences basées sur le genre (VBG) représentent un important enjeu de santé publique et de respect des droits humains fondamentaux. Si les données disponibles restent insuffisantes (et probablement sous-évaluées), l'OMS estime que, **au cours de sa vie, 1 femme sur 3 a été ou sera victime de violence physique ou sexuelle, et 1 femme sur 5 victime de viol**¹.

Les VBG s'inscrivent dans un contexte de rapport de domination systémique expliquant que la grande majorité des VBG est commise par des hommes sur des femmes. Ce constat ne doit pourtant pas faire oublier que les VBG peuvent aussi affecter les garçons et les hommes. Par ailleurs, on sait que certains facteurs de vulnérabilité (liés à l'âge, l'orientation sexuelle, l'identité de genre, une situation de handicap, un contexte de migration ou de détention, etc.) augmentent le risque de VBG. Dans le champ du VIH/sida, les liens entre les VBG et le risque d'infection, le retard au dépistage ou encore les difficultés d'accès et de maintien dans les soins ont été soulignés par de nombreuses recherches.

Si des associations de lutte contre le VIH/sida sont impliquées dans la prévention et la prise en charge des VBG depuis longtemps, la littérature grise en français le mentionne rarement. Plus généralement, l'expérience et les compétences des associations dans ce domaine sont encore peu partagées. C'est un manque que Sidaction a tenu à pallier dès 2017, notamment en organisant une session satellite mettant en lumière des initiatives communautaires déjà existantes lors de la conférence internationale ICASA à Abidjan.

Parallèlement, alors que des voix de plus en plus nombreuses s'élevaient aux quatre coins du monde pour mettre fin au silence entourant ces violences, il était important d'accompagner les associations partenaires de Sidaction pour faire face à l'ampleur des besoins des personnes concernées. Au terme d'un appel à manifestations d'intérêt, des formations sur site ont donc été proposées au deuxième trimestre 2019 aux personnels des associations partenaires de Sidaction au Maroc (ALCS) et au Cameroun (Alternatives Cameroun, Horizons Femmes, Swaa Littoral). D'autres organisations locales (AVAF, Humanity First, Transamical, Transigeance Action) ont été invitées à la formation qui s'est déroulée dans les locaux d'Alternatives Cameroun, tenant compte du contexte particulièrement dur affectant les LGBTI au Cameroun et de la nécessité d'améliorer le niveau de réponse globale aux violences.

¹ OMS, Rapport de la situation mondiale sur la prévention de la violence, 2014. ² Par souci de simplification, nous utiliserons l'acronyme LGBTI et les termes « lesbiennes », « gays », « bisexuel·les » dans ce guide. Ceci tout en sachant que, parmi les usagers·ères des associations s'adressant au public LGBTI, tous les individus ayant des rapports sexuels avec des individus du même sexe ne s'auto-définissent pas comme lesbiennes, gays ou bisexuel·les. Dans le domaine de la santé publique, on utilise en général les catégories plus neutres HSH (« hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes ») et FSF (« femmes qui ont des relations sexuelles avec des femmes »).

L'appui technique dont il est question a été rendu possible grâce à un programme global de renforcement des capacités financé par l'Agence Française du Développement, entre mars 2017 et juillet 2020. Le programme PERSPECTIVES incluait ainsi des formations à destination des équipes des associations partenaires de Sidaction sur des thématiques très variées, parmi lesquelles le genre et les VBG, afin d'améliorer la qualité des services et l'inclusion des populations les plus éloignées du soin.

Les associations qui ont été formées par Sidaction sur les VBG dans le cadre du programme PERSPECTIVES avaient plusieurs points communs: elles travaillaient principalement auprès des femmes vivant avec le VIH/sida et/ou de populations particulièrement stigmatisées et, en tant que telles, exposées aux VBG (travailleuses du sexe, LGBTI², migrantes, etc.); elles étaient régulièrement confrontées à la survenue de cas de violences parmi leurs usager·ères; elles avaient développé des compétences « sur le tas » mais leurs connaissances et savoir-faire étaient relativement peu formalisés et souvent appropriés par une poignée de personnes seulement. Au terme de chaque formation, la consultante mobilisée par Sidaction, Aurélie Philipps, a eu l'occasion de travailler avec les associations sur un diagnostic permettant d'identifier leurs forces et leurs faiblesses et sur l'élaboration de plans d'action visant à mieux structurer leurs démarches. Un suivi à distance a ensuite été réalisé par la consultante et l'équipe de Sidaction.

La publication de ce guide sur les VBG a aujourd'hui pour but d'étendre les acquis de ces interventions à d'autres acteurs et actrices. L'ouvrage synthétise d'une part les enjeux et grands principes de la prévention et de la prise en charge des VBG. Il ambitionne d'autre part d'aiguiller les structures qui souhaiteraient se lancer dans des actions dédiées à la lutte contre les VBG, en intégrant dans chaque chapitre des exemples de méthodologies d'intervention et de bonnes pratiques tirés du terrain.

Dans la mesure où l'appui technique dispensé par Sidaction au Maroc et au Cameroun est assez récent, limitant les réalisations concrètes sur une partie des thématiques traitées dans le guide, nous avons choisi d'intégrer quelques bonnes pratiques rapportées par d'autres organisations communautaires proches de Sidaction dans d'autres pays: Burkina Faso, Bénin, Burundi, Côte d'Ivoire, Niger, Togo, Mali, RDC.

Nous remercions chaleureusement Aurélie Philipps ainsi que l'ensemble des partenaires impliqués dans la réflexion qui a nourri ce guide, espérant qu'il pourra inspirer beaucoup d'autres nouvelles initiatives.

Cécile Chartrain

Responsable de Programmes Minorités sexuelles et Genre, SIDACTION



VBG:
DE QUOI
PARLE-T-ON?

1.

VBG : DE QUOI PARLE-T-ON ?

1 • DÉFINITION DES VBG

Les violences basées sur le genre (VBG) peuvent être définies comme tout acte nuisible/préjudiciable perpétré contre la volonté d'une personne, basé sur les différences socialement attribuées entre les genres³. Cette terminologie souligne la dimension de genre présente dans différents actes de violence et l'inégalité systémique entre les hommes et les femmes. Bien que les violences commises à l'égard des femmes soient très majoritaires, l'expression VBG peut être utilisée pour décrire la dimension sexospécifique et sexuelle de certaines violences commises à l'égard des hommes et des garçons⁴. Elle peut également être employée pour faire référence aux actes dommageables commis en raison de l'identité de genre ou de l'orientation sexuelle des personnes.

Les VBG représentent des violations des droits humains fondamentaux et notamment du droit à la sécurité et à la protection et de l'interdiction de la torture et de tout autre traitement cruel, inhumain ou dégradant.

Principaux textes garantissant les droits humains fondamentaux :

- La Charte des Nations Unies
- La Déclaration universelle des droits de l'Homme
- Le Pacte international relatif aux droits civils et politiques
- Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels
- La Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants
- La Convention sur l'élimination de toutes formes de discrimination à l'égard des femmes

2 • TYPES DE VIOLENCE

a. Selon la nature des violences

- **Violences physiques**: gifles, coups portés avec le poing, la tête, les pieds,

³ Cette définition s'inspire du travail du Comité permanent inter-organisations et plus spécialement des « Directives pour l'intégration d'interventions ciblant la violence basée sur le genre dans l'action humanitaire » révisées en 2015: <https://gbvguidelines.org/fr/> _ ⁴ A ce sujet, voir par exemple l'article de Josse E, Les violences sexospécifiques et sexuelles faites aux hommes, 2007: <https://www.genreenaction.net/Les-violences-sexospécifiques-et-sexuelles-a-l.html> _ ⁵ Ce terme désigne habituellement une punition corporelle prenant la forme d'une volée de coups de bâtons visant une personne ou un groupe de personnes. Dans le contexte des associations africaines francophones consultées pour l'écriture de ce guide, les témoignages font également état de coups de pilon, de machette (généralement donnés à plat), de manche à balai ou même de fer à repasser (le fer à repasser en métal qu'on remplit de braises, utilisé ici non pour brûler mais pour frapper).

les coudes, les genoux, brûlures, morsures, strangulation, flagellation, bastonnade⁵, etc.;

- **Violences sexuelles**: regroupant le viol, entendu comme pénétration sous la contrainte avec un organe sexuel, ou tout autre partie du corps ou objet; l'agression sexuelle, entendue comme tout autre acte sexuel non consenti; le harcèlement sexuel, entendu comme propos ou comportements à connotation sexuelle ou sexistes imposés de façon répétée;

- **Violences psychologiques**: pour lesquelles il n'existe pas de définition formelle et qui peuvent se caractériser par le fait de rabaisser, terroriser, harceler, faire chanter, exploiter;

- **Violences économiques et sociales**: privation ou contrôle des ressources financières et matérielles, engagement de crédits à l'insu de la victime, contrôle des activités professionnelles, dégradation des biens de la personne;

- **Pratiques traditionnelles néfastes**: mutilations génitales féminines (MGF), mariages forcés, crimes d'honneur, repassage des seins, recours à la sorcellerie pour « guérir » l'homosexualité;

- **Traite des êtres humains et exploitation**⁶: La traite des personnes désigne le recrutement, le transport, le transfert, l'hébergement ou l'accueil de personnes, par la menace ou le recours à la force ou d'autres formes de contrainte. L'exploitation sexuelle correspond à tout abus ou tentative d'abus de pouvoir ou de confiance, à des fins sexuelles, y compris pour tirer un profit financier, social ou politique de l'exploitation sexuelle d'une autre personne.

b. Selon les liens entre la personne victime et l'agresseur-se

- **Violences conjugales et autres violences exercées par partenaire intime**: exercées par un-e partenaire intime. A noter que le viol exercé au sein même des couples mariés est pénalisé dans de nombreux pays;

- **Violences familiales**: exercées par un membre de la famille;

- **Violences communautaires**: exercées par des membres de la communauté d'appartenance (ethnique, religieuse, etc.);

- **Violences institutionnelles/étatiques**: exercées par les institutions et leurs représentant-es, comme les violences policières ou administratives (confiscation, privation de documents d'identité...).

La notion de « survivant-e » est principalement utilisée par les anglo-saxons, en majorité dans le cas de violence physique ou sexuelle mais pas seulement. Elle met en avant le processus de résilience et le refus de l'enfermement dans une posture de victime. La notion de « victime » est davantage utilisée en français. « On entend par victimes des personnes qui, individuellement ou collectivement, ont subi un préjudice, notamment une atteinte à leur intégrité physique ou mentale, une souffrance morale, une atteinte grave de leurs droits fondamentaux »⁷.

⁶ Nations Unies, Protocole visant à prévenir, réprimer et punir la traite des personnes, en particulier des femmes et des enfants, 2000 _ ⁷ Définition de l'Assemblée des Nations Unies, Novembre 1985.



LES LIENS
ENTRE VBG ET VIH

2.

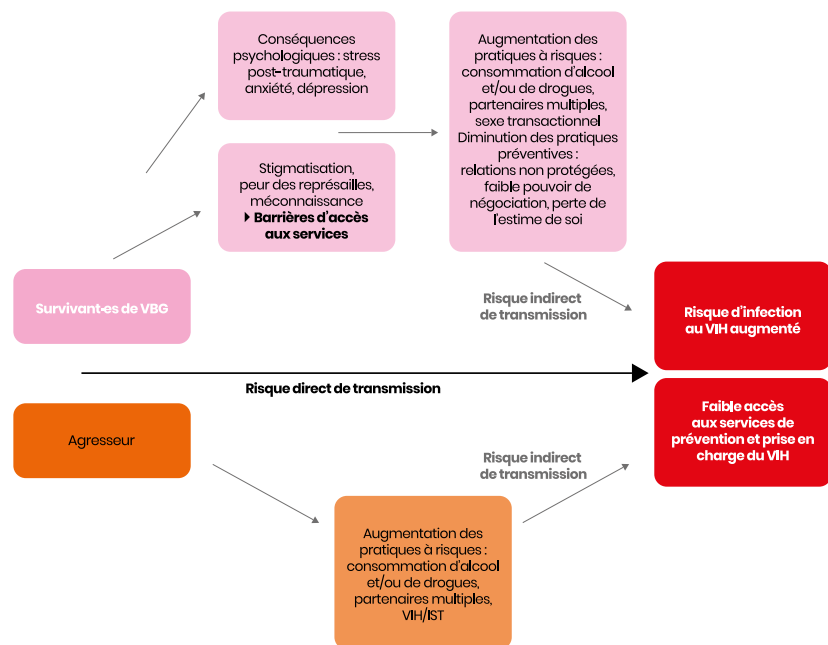
LES LIENS ENTRE VBG ET VIH

1 • DES FACTEURS DE RISQUE CROISÉS

La transmission du VIH et les VBG présentent des déterminants communs tels que les inégalités de genre, les normes et pratiques culturelles qui les encouragent, le faible pouvoir d'agir et les vulnérabilités socio-économiques. Différents mécanismes directs et indirects sous-tendent les liens entre VBG et VIH et les études indiquent invariablement un rapport statistique entre nombre d'actes de violence et infections au VIH. Les VBG peuvent être à la fois la cause et la conséquence d'une infection au VIH. S'il est communément entendu que les VBG représentent un facteur de risque direct et indirect de transmission du VIH, de récentes études ont également démontré que le fait d'être séropositif·ve au VIH est un facteur de risque de VBG.

a. Les VBG comme facteurs de risque de transmission du VIH

VBG facteur de risque direct et indirect du VIH, schéma inspiré de la version anglaise élaborée par l'OMS et l'ONUSIDA dans le cadre de recommandations sur la prise en charge des VBG dans le contexte du VIH⁹



⁹ WHO, UNAIDS, 16 ideas for addressing violence against women in the context of the HIV epidemic, 2013

- Risques directs:

Des études montrent que les victimes de violences sexuelles ont 3 fois plus de risques de contracter le VIH¹⁰. Le risque est majoré dans certaines situations comme lors de traumatismes et lésions génitales (lacérations et abrasions facilitant l'entrée du virus par la muqueuse), de viol par des agresseur·ses multiples, de viols répétés, de viol par pénétration anale ou encore lorsque la personne survivante est une adolescent·e ou un·e enfant (augmentation des risques de lésions vaginales et anales).

- Risques indirects:

Les VBG représentent également un facteur de risque indirect pour la transmission du VIH et des barrières d'accès importantes aux services de prévention et prise en charge du VIH¹¹.

Ainsi :

- Les personnes ayant vécu des VBG sont davantage susceptibles d'adopter certains comportements à risque les exposant à la transmission du VIH: initiation précoce de la vie sexuelle, sexe transactionnel, relations non protégées, consommation importante d'alcool et de drogues, partenaires multiples;
- Les agresseur·ses sont davantage susceptibles d'adopter des comportements à risque: consommation importante d'alcool et de drogues, partenaires multiples, relations sexuelles non protégées;
- L'existence de violences commises par le partenaire intime représente un facteur de risque d'infection au VIH. Les femmes ayant un partenaire violent¹² sont moins susceptibles de négocier l'usage du préservatif et sont davantage exposées à la violence si elles le font;
- Les personnes survivantes de VBG, souvent stigmatisées par les communautés et/ou les institutions, sont par conséquent plus hésitantes à recourir à des services de prévention et de prise en charge du VIH;
- Les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et exposées à des VBG présentent un risque augmenté de non-adhérence aux traitements de par les barrières d'accès aux services et au suivi, leur faible pouvoir d'agir par exemple dans le cas de violence par le/la partenaire intime, et les conséquences psychologiques des violences pouvant entraîner par exemple une consommation d'alcool ou de drogues.

b. Le VIH comme facteur de risque de VBG

¹⁰ OMS, Violences à l'encontre des femmes et VIH/sida, 2005. _ ¹¹ Présentées dans le rapport de l'ONUSIDA, ONU Femmes: Comprendre les liens entre le VIH / Sida et la violence contre les femmes et les filles, 2011 et dans le document de l'OMS et de l'ONUSIDA: 16 ideas for addressing violence against women in the contexte of the HIV epidemic, 2013. _ ¹² Les violences peuvent également exister dans les couples lesbiens. Néanmoins, d'après la littérature existante, les risques de transmission du VIH lors de relations sexuelles entre femmes sont très limités (à l'inverse des risques d'IST). Voir Genon C., Chartrain C., Delebarre C., Pour une promotion de la santé lesbienne: état des lieux des recherches, enjeu et proposition, Genre, Sexualité et Société, n°1, printemps 2009: <https://journals.openedition.org/gss/951>.

Le VIH représente un facteur de risque de VBG¹³. **Les PVVIH sont particulièrement exposées à différents types de violences perpétrées par le/la partenaire intime et/ou l'entourage familial.**

Le moment de la divulgation du statut VIH+ est notamment identifié comme un moment à risque pouvant entraîner violences physiques, psychologiques ou économiques, telles que rejet familial et/ou communautaire, privations de ressources financières, stigmatisation, interdiction de contact avec les enfants, etc. Ont également été mis en avant¹⁴ des taux de violences physiques et sexuelles plus importants chez les femmes vivant avec le VIH que chez les femmes séro-négatives. La sévérité de ces VBG chez les PVVIH est souvent sous-estimée et une forte proportion de personnes survivantes nécessitant une prise en charge médicale ne bénéficient pas de soins.

2 • VULNÉRABILITÉS SPÉCIFIQUES

Aux inégalités de genre, s'ajoutent certains facteurs de vulnérabilité (liés à l'âge, l'orientation sexuelle, l'identité de genre, une situation de handicap, de détention, etc.) qui peuvent contribuer à l'augmentation du risque de VBG. Ces facteurs de vulnérabilité concernent notamment les populations clés¹⁵ pour le VIH mais pas uniquement.

Facteurs aggravants et types de violence les plus fréquentes chez les personnes exposées à un risque augmenté de VBG, inspiré du tableau présenté dans les directives du IASC¹⁶

Personnes exposées à un risque augmenté de VBG	Facteurs aggravants	Types de violence les plus fréquents
Adolescent-es	<ul style="list-style-type: none"> Faible autonomie/pouvoir décisionnel Faiblesse du statut social Vulnérabilité psycho-affective (recherche identitaire, période d'instabilité sociale, etc.) Responsabilités domestiques accrues contribuant à l'isolement des filles et des femmes Fréquence des tensions intra-familiales Faible accès aux services de santé Faible accès à une information basée sur les évidences scientifiques en matière de santé sexuelle et reproductive. Par conséquent, recours aux médias sociaux et à la pornographie comme « principale source d'information » sur la sexualité. Ces sources véhiculent fréquemment des stéréotypes de genres et encourage parfois les VBG Entraves à la scolarité Grossesses précoces Engagement dans des activités sexuelles à risque pour assurer leur subsistance 	<ul style="list-style-type: none"> Mariage précoce Pratiques traditionnelles néfastes (MGF, repassage des seins, etc.) Viol par le père, le frère ou d'autres hommes de la famille (situation de viol la plus fréquente dans tous les pays) Violence par le/la partenaire intime Violences sexuelles en milieu scolaire (par des camarades et/ou des enseignant-es)¹⁷ Exploitation sexuelle/traite

LGBTI	<ul style="list-style-type: none"> Isolement social, stigmatisation, discrimination Pénalisation de l'homosexualité empêchant de rapporter les violences subies et manque de protection légale Absence de loi permettant de modifier son état civil et/ou choisir de façon déclarative son identité de genre Engagement dans des activités sexuelles à risque pour assurer leur subsistance Perte d'estime de soi, dépression, tendances suicidaires Consommation excessive d'alcool ou de drogues 	<ul style="list-style-type: none"> Rejet familial Bastonnades Chantage, racket Thérapies de conversion Dénonciations malveillantes, y compris dans la presse ou sur les réseaux sociaux Viols punitifs homophobes¹⁸ (ciblent particulièrement les femmes homosexuelles) et transphobes Exploitation sexuelle Violences administratives, par exemple incarcération des femmes trans dans des prisons pour hommes au mépris de leur identité de genre Refus d'enregistrement des plaintes Arrestations arbitraires Extorsions, racket
Travailleur-ses du sexe (TDS)	<ul style="list-style-type: none"> Isolement social, stigmatisation, discrimination Faiblesse du statut social Faible pouvoir décisionnel Faible accès à l'information et aux services de santé Pénalisation du travail du sexe empêchant de rapporter les violences subies et manque de protection légale Dépendance, exploitation pour leurs besoins élémentaires Harcèlement et abus par les forces de l'ordre Consommation excessive d'alcool, ou de drogues 	<ul style="list-style-type: none"> Rejet familial Exploitation économique et sexuelle par les partenaires, les proxénètes Déni de ressources et subtilisation des documents d'identité Violences physiques et sexuelles perpétrées par les clients, les proxénètes, les forces de l'ordre Arrestations arbitraires Extorsions, racket
Migrant-es	<ul style="list-style-type: none"> Isolement, stigmatisation, discrimination Absence de logement promiscuité dans l'habitat 	<ul style="list-style-type: none"> VBG causes du départ migratoire (mariage forcé, mutilations génitales féminines, violences par le/la partenaire intime) Traite et exploitation économique et sexuelle

¹³ WHO, Gender dimensions of HIV status disclosure to sexual partners: rates, barriers and outcomes, 2004; Medley A, Garcia-Moreni C, McGill S, Maman S, Rates, barriers and outcomes of HIV serostatus disclosure among women in developing countries: implications for prevention of mother-to-child transmission programs, 2004. ¹⁴ Burgos-Soto J. et al, Intimate partner sexual and physical violence among women in Togo, West Africa: Prevalence, associated factors, and the specific role of HIV infection, Global Health Action, 2014. ¹⁵ On entend par populations clés les groupes de population dans lesquels les taux de séroprévalence sont bien au-dessus de ceux de la population générale: les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes trans, les usager-ères de drogues injectables, les professionnelles du sexe, les personnes détenues ou incarcérées, les personnes en situation de handicap, les partenaires séronégatifs des couples sérodifférents, les travailleuses migrantes ou toutes personnes à forte mobilité. Voir: <https://plateforme-elsa.org/category/populations-cles/> ¹⁶ Comité permanent inter-organisations, Directives pour l'intégration d'interventions ciblant la violence basée sur le genre dans l'action humanitaire, 2015, pages 11 et 12: <https://gbvguide-lines.org/fr/> ¹⁷ UNESCO. Les violences de genre en milieu scolaire font obstacle à la réalisation d'une éducation de qualité pour tous, 2017. ¹⁸ Le terme viols « correctifs » (corrective rapes) a émergé au début des années 2000 pour désigner des viols punitifs commis à l'encontre de femmes lesbiennes; un phénomène prégnant en Afrique du Sud. Depuis 2015 l'ONUSIDA recommande de ne plus utiliser ce terme, qui pourrait laisser penser que l'orientation sexuelle d'une personne peut se corriger par la violence. Elle recommande plutôt l'emploi de la terminologie viol « lesbophobe » (ou « gayphobe », « transphobe », etc.).

Migrant.es (suite)	<ul style="list-style-type: none"> • Faible accès à l'information et aux services de santé • Potentielle situation irrégulière sur le territoire empêchant de rapporter les violences subies et manque de protection légale et absence de système de protection 	<ul style="list-style-type: none"> • Violences physiques et sexuelles sur le parcours migratoire et/ou dans le pays d'accueil¹⁹ • Violences policières et administratives
Usager·ères de drogues (UD)	<ul style="list-style-type: none"> • Isolement, stigmatisation, discrimination • Diminution de la capacité à travailler et perte de revenu • Pénalisation de l'usage de drogue empêchant de rapporter les violences subies et manque de protection légale • Problèmes de santé physique, perte de capacité physique et de lucidité sous l'emprise de la drogue et/ou de l'alcool • Perte d'estime de soi, dépression, tendances suicidaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Rejet familial • Violences sexuelles et exploitation sexuelle (chez les femmes UD en particulier) • Violences physiques (chez les femmes UD)
Détenu·es	<ul style="list-style-type: none"> • Isolement, stigmatisation, discrimination • Promiscuité, surpopulation carcérale; • Faible accès à l'information et aux services de santé • Non-séparation des hommes et des femmes dans certains espaces de détention/rétention • Peur des représailles par les codétenues en cas de dénonciation • Peur de dénoncer les potentielles violences commises par les autorités 	<ul style="list-style-type: none"> • Harcèlement sexuel • Agressions sexuelles utilisées comme punition ou torture • Violences physiques ou sexuelles de la part des autres détenus
Personnes en situation de handicap (PSH)	<ul style="list-style-type: none"> • Isolement, stigmatisation, discrimination • Dépendance vis-à-vis des parents, tuteurs et des institutions d'hébergement • Faible pouvoir décisionnel et faiblesse du statut social • Absence de revenu • Faible accès à l'information et aux services de santé • Difficulté à communiquer empêchant le signalement des violences 	<ul style="list-style-type: none"> • Violences sexuelles • Exploitation sexuelle²⁰ • Déni de ressources
Personnes vivant avec le VIH	<ul style="list-style-type: none"> • Isolement, stigmatisation, discrimination • Diminution de la capacité à travailler pour certaines et perte de revenu • Problèmes de santé physique et psychique, perte de capacité physique • Consommation excessive d'alcool ou de drogues • Perte d'estime de soi, dépression, tendances suicidaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Violences exercées par le/la partenaire intime notamment au moment de l'annonce du statut VIH + • Harcèlement • Exploitation

Une même personne peut bien entendu cumuler différents facteurs de vulnérabilité. A noter que la grossesse peut être un moment de forte exposition aux violences par le/la partenaire intime, augmentant davantage le risque de VBG chez les PVVIH enceintes. Remarquons également que, en ce qui concerne les personnes LGBTI, celles qui sont les plus fréquemment exposées aux violences sont les personnes transgenres ou les personnes cisgenres dont l'expression de genre (apparence, manières, intérêts...) est la moins conforme aux normes et attentes sociales correspondant à leur sexe (gays considérés comme « efféminés », lesbiennes considérées comme « masculines »).

3 • IMPORTANCE D'INTÉGRER LA QUESTION DES VBG AU SEIN DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE DU VIH ET DES IST

Considérant les intersections entre VBG et VIH (et autres IST), il apparaît essentiel d'adopter une approche globale et intégrée en associant les efforts de lutte contre les VBG et contre le VIH afin de travailler sur leurs origines communes et d'obtenir des changements durables.

Les programmes de prévention et prise en charge du VIH et des IST, y compris les programmes de prévention de la transmission parent-enfant (PTPE) doivent intégrer la question des VBG. De même, les services dédiés à la prise en charge des VBG doivent prendre en compte la question du VIH et proposer une prise en charge adaptée aux besoins des populations clés.

L'intégration de réponses aux VBG dans les programmes VIH représente un moyen de renforcer la prévention et la prise en charge du VIH, la violence et la crainte d'actes violents pouvant nuire considérablement aux efforts de prévention, de soins et de traitements. Formation des professionnelles impliquées dans la prise en charge du VIH et des IST sur les VBG, formation des professionnelles impliquées dans la prise en charge des VBG sur le VIH, mise en place de mécanismes de coordination et de systèmes de référencement vers les services existants, mais aussi sensibilisation des populations les plus vulnérables sur leurs droits sont autant de pistes à explorer dans les actions et projets des associations communautaires et autres structures de santé.

¹⁹ Pannetier, J. et al., The Lancet Public Health, Prevalence and circumstances of forced sex and post-migration HIV acquisition in sub-Saharan African migrant women in France: an analysis of the ANRS-PARCOURS retrospective population-based study, 2017. ²⁰ Voir notamment les travaux menés par A.-L. Granier, J. Dragon et P. Debeaudrap concernant l'exploitation sexuelle des femmes sourdes au Burkina Faso. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01656940>



PRÉREQUIS
À LA MISE EN PLACE
D'ACTIVITÉS
EN LIEN AVEC
LES VBG

3.

PRÉREQUIS À LA MISE EN PLACE D'ACTIVITÉS EN LIEN AVEC LES VBG

1 • NE PAS NUIRE/DO NOT HARM

Les interventions doivent avant tout répondre à une obligation **d'agir dans le meilleur intérêt des personnes survivantes**, pour la préservation de leur autonomie et le respect du principe d'accès équitable aux services, en évitant de causer toute forme de préjudice. La question des VBG reste un sujet sensible et la mise en place d'activités nécessite certains prérequis indispensables afin de garantir l'éthique et la qualité de ces interventions et afin qu'elles ne nuisent ni aux survivant.es ni aux personnes impliquées dans les projets. Par exemple :

- Une rupture de confidentialité peut exposer les personnes survivantes et les professionnel·les qui les prennent en charge à des risques de représailles;
- La mise en place d'activités d'identification des personnes survivantes sans pouvoir leur proposer une prise en charge peut avoir des conséquences sur l'état psychologique de ces dernières;
- Le lancement d'une procédure judiciaire peut avoir un impact néfaste sur la personne si elle n'est pas accompagnée par une personne qualifiée référente, en l'exposant à un système judiciaire parfois peu enclin à reconnaître les VBG

2 • DIAGNOSTIC INITIAL

a. Connaissance et compréhension du contexte local

Les interventions doivent s'appuyer sur une analyse rigoureuse des contextes locaux et de l'ensemble des acteur·rices potentiellement concerné·es. **Il ne s'agit pas de déterminer l'incidence des VBG mais plutôt de comprendre les besoins non couverts, les barrières d'accès aux services**, ainsi que les comportements et représentations sociales autour de la question des VBG, en collectant des informations relatives::

- Une rupture de confidentialité peut exposer les personnes survivantes et les professionnel·les qui les prennent en charge à des risques de représailles;
- La mise en place d'activités d'identification des personnes survivantes

sans pouvoir leur proposer une prise en charge peut avoir des conséquences sur l'état psychologique de ces dernières;

- Le lancement d'une procédure judiciaire peut avoir un impact néfaste sur la personne si elle n'est pas accompagnée par une personne qualifiée référente, en l'exposant à un système judiciaire parfois peu enclin à reconnaître les VBG.

b. Capacité de l'organisation à mettre en oeuvre des interventions en lien avec les VBG

Le développement d'interventions nécessite que les capacités de l'organisation qui les met en oeuvre soient adaptées. Il convient de se poser les questions suivantes:

- Les ressources financières disponibles sont-elles suffisantes?
- Les ressources matérielles (état et sécurité des locaux, système d'approvisionnement en intrants de qualité pour la prise en charge médicale, moyens logistiques...) sont-elles adaptées?
- Les ressources humaines existantes permettent-elles la mise en place des activités: compétences du personnel, organisation et nombre de personnes adéquats pour éviter que certains personnels n'aient à faire face à une surcharge de travail, mécanismes d'accompagnement des équipes tels que des supervisions formatives ou la mise en place de séances d'analyse des pratiques?

Une bonne connaissance de ces différents éléments permet de proposer un plan d'action clair pour que la structure puisse se doter des moyens nécessaires et ne soit pas déstabilisée par la mise en oeuvre d'interventions nouvelles.

3 • CARTOGRAPHIE DES SERVICES DE PRISE EN CHARGE ET COORDINATION DES ACTEUR·RICES

La prise en charge des VBG se base sur une offre de services holistique afin de répondre au mieux à leurs besoins. L'objectif ne doit pas forcément être, pour une organisation, de proposer l'intégralité des services mais de pouvoir s'appuyer sur les acteur·rices et services existants afin de développer des systèmes de coordination et de référencement des personnes survivantes. Il s'agit de:

- Cartographier l'ensemble des services / acteur·rices existant·es;
- Analyser les critères (dont la gratuité), les modalités d'accès aux services), leur qualité (respect de la confidentialité, disponibilité des intrants, attitude plus ou moins bienveillante des professionnel·les),

l'accès effectif des personnes et leur perception des services ;

- Rencontrer les acteur-rices mettant en place ces services afin de s'assurer des possibilités de collaboration et de référencement ;
- Intégrer, s'ils existent, des groupes de travail nationaux, régionaux ou locaux sur la question des VBG afin de faciliter les mécanismes de coordination, l'accès aux informations disponibles et la mutualisation potentielle des ressources.

4 • RESPECT DE LA CONFIDENTIALITÉ

Le respect de **la confidentialité est un prérequis essentiel** à une approche «do not harm». Pour satisfaire à ce besoin, il est possible de s'appuyer sur :

- La sensibilisation de l'ensemble du personnel de l'organisation à la question ;
- La mise en place de procédures pour une gestion sûre des données (limitation du nombre de personnes ayant accès aux données relatives aux personnes survivantes, utilisation de systèmes de codage, sécurisation des lieux où les données papiers sont stockées, sécurisation des données informatiques au moyen de mots de passe...) en s'inspirant, si elles existent, des procédures déjà développées dans le cadre de la prise en charge du VIH ; L'organisation des locaux et la mise en place d'un «circuit usager-ères» discret (salle d'attente isolée, prise en charge intégrée à d'autres services de façon à éviter que le motif de consultation ne puisse être déduit, consultations aux heures creuses ou en dehors des heures d'ouverture habituelles).





STRATÉGIES DE PRÉVENTION

4.

STRATÉGIES DE PRÉVENTION

1 • PRÉVENTION PRIMAIRE

Il s'agit de **prévenir la survenue de VBG** en mettant en oeuvre des stratégies qui s'attaquent aux causes profondes que sont les inégalités et stéréotypes de genre, mais aussi aux éléments contextuels pouvant favoriser les violences tels que la pénalisation de certaines pratiques ou les appels à la haine sporadiques des leaders religieux contre certaines populations, etc. Il s'agit également de réduire les facteurs de vulnérabilité spécifiques mettant à risque certaines personnes.

Pour un impact réel et des changements durables, et parce qu'elles s'attaquent à des représentations et attitudes souvent bien ancrées dans les sociétés, les activités de prévention primaire doivent être envisagées sur du long terme :

- Mobilisation communautaire et mise en place de campagnes de sensibilisation spécifiques sur la question des VBG ; intégration de la thématique au sein des séances d'information, éducation, communication (IEC), causeries ou groupes de parole, en mettant en avant les liens entre VIH et VBG ; utilisation d'outils venant en support à la discussion tels que boîtes à image²¹ ou vidéos de témoignage ;
- Promotion de l'implication des hommes sur la question des VBG (voir encadré sur Horizons Femmes) ;
- Stratégies de plaidoyer en faveur de l'égalité et/ou l'équité de genre, visant à dénoncer les violences existantes et à s'assurer que les lois et politiques de protection nationales aident à prévenir les VBG ; intégration de la lutte contre les VBG dans les stratégies et plans d'action nationaux de lutte contre le VIH ;
- Activités visant à renforcer l'accès à la justice et à réduire le sentiment d'impunité des personnes agresseuses ;
- Mise en place de structures d'accueil et d'hébergement d'urgence ou coordination avec les structures existantes afin que les personnes à risque de violence conjugale et/ou familiale puissent être mises à l'abri ;
- Renforcement des capacités des populations clés pour développer des stratégies visant à les protéger (par exemple partage d'information sur les clients violents entre personnes travailleuses du sexe) ;
- Programmes d'« éducation complète à la sexualité »²² dès l'enfance incluant la question des violences.

²¹ Voir par exemple la boîte à image créée par CeRADIS ONG en 2012 pour sensibiliser contre les violences faites aux femmes et aux filles : https://plateforme-elsa.org/wp-content/uploads/2014/04/Boite_Images_NV.pdf . ²² Tels que recommandés par l'UNESCO. <https://fr.unesco.org/news/pourquoi-leducation-complète-sexualite-est-importante>

Activités de prévention primaire dans le milieu de la prostitution au Cameroun



Horizons Femmes est une organisation qui travaille à la réduction des inégalités de genre notamment dans le domaine de la santé. Elle mène dans différentes grandes villes du Cameroun des actions de prévention

et prise en charge du VIH, des IST et des VBG ciblant plus particulièrement les femmes travailleuses du sexe (TDS) mais aussi les hommes qui les entourent. Les travailleur·ses du sexe camerounai·ses vivent en général dans une très grande précarité : le prix moyen d'une passe étant d'environ 1000 FCFA soit 1,50€ (alors qu'une chambre modeste se loue autour de 3000 FCFA par jour). Travaillant dans des conditions d'hygiène déplorables et avec un niveau d'autonomie souvent très limité, elles sont particulièrement exposées au VIH et autres IST et aux violences. Cependant elles dénoncent rarement ces faits, notamment parce qu'elles encourent des sanctions pénales en tant que personnes travailleuses du sexe et par peur de représailles. Les violences sont perpétrées aussi bien par les partenaires intimes et les « souteneurs » (qui sont souvent les mêmes personnes), que par les clients, les aubergistes qui louent les chambres, et les forces de l'ordre (racket, rapports sexuels imposés, etc.).

Dans ce cadre, Horizons Femmes développe l'essentiel de ses stratégies en s'appuyant sur des pair·es leaders (également appelé·es pair·es éducateur·rices), qui sont des personnes disposant d'une expérience et d'un capital relationnel important dans le milieu des TDS. Les femmes TDS leaders sont mobilisées pour la prévention du VIH, des IST et des VBG à travers des descentes de terrain régulières dans les « points chauds ». Elles diffusent des messages et outils de prévention, s'impliquent dans l'identification des femmes victimes de violences et les accompagnent physiquement dans les centres de santé pour une prise en charge holistique de leurs problèmes. Elles participent aussi activement à l'élaboration de plans de prévention et de gestion des risques (information sur les numéros d'urgence, les risques liés à certains comportements comme l'abus d'alcool ou de drogues, comportements à adopter en cas de contrôle des forces de l'ordre, etc.).

Au fil des ans, Horizons Femmes a également tenu à développer des actions en direction des hommes pour participer à la réduction des VBG. L'association implique des aubergistes dans ses activités mais aussi des partenaires intimes et des clients²³ de TDS ex-auteurs de violences. Ils s'engagent ainsi auprès d'autres hommes pour la prévention/sensibilisation sur les sites de prostitution ou dans le cadre de groupe d'échanges dans les locaux d'Horizons Femmes, promouvant un modèle de masculinité moins toxique et expliquant à travers leur propre expérience qu'il est possible de changer.

²³ Nous n'avons pas utilisé l'écriture inclusive et le point médian ici car, dans le contexte décrit, les femmes correspondent à une infime proportion de clients.

2 • PRÉVENTION SECONDAIRE

Elle consiste à réduire les conséquences à court terme des VBG. Pour cela, il est essentiel que les personnes survivantes aient accès rapidement à des services de prise en charge, particulièrement pour les cas des violences sexuelles, pour lesquelles une prise en charge dans les 72h est cruciale (détails à suivre dans chapitre VI du guide). Considérant les nombreux obstacles existant à la prise en charge des VBG, la prévention secondaire se consacrera à réduire les barrières d'accès aux services. Certaines difficultés sont liées aux victimes elles-mêmes, d'autres aux services de prise en charge :

- Le manque d'informations sur les services existants et sur l'importance de la prise en charge, notamment médicale ;
- La peur de représailles, la peur d'être stigmatisé-e/jugé-e ;
- L'insuffisance ou la faible qualité des services existants et les barrières géographiques et financières empêchant d'y accéder ;
- La méconnaissance de VBG par les professionnel·les de santé.

a. Information communautaire

Afin d'augmenter le recours aux services par les personnes survivantes, il est préconisé de mettre en place des activités de sensibilisation au niveau communautaire et d'informer sur l'importance de chercher de l'aide et sur la disponibilité des services. Il convient de définir les stratégies d'informations avec les personnes directement concernées, notamment parmi les populations les plus vulnérables, afin d'adapter au mieux les interventions à leur réalité et d'en augmenter l'efficacité. Les messages de sensibilisation sur les VBG peuvent être intégrés dans des messages plus larges sur la santé sexuelle et reproductive (SSR) ou sur le VIH et les IST, par exemple, afin de construire dans un premier temps une atmosphère de confiance sur un sujet « moins sensible ».

Dans certains contextes, convier des acteurs·rices clés à des ateliers d'échange autour des représentations liées au VIH et aux IST, aux VBG, au travail du sexe ou à l'homosexualité et à la transidentité peut être un levier intéressant pour la transformation des attitudes. De tels ateliers permettent de s'adresser à des personnes souvent mal informées sur les enjeux dans un cadre où elles ne se sentent pas jugées, de confronter les opinions, et ainsi de contribuer à faire changer les perceptions.

MESSAGES CLÉS À TRANSMETTRE LORS D'ACTIVITÉS DE SENSIBILISATION :

- Services existants et modalités d'accès pratiques (lieu, horaire, etc.)
- Confidentialité des services
- Gratuité des services
- Prise en charge non-discriminatoire et respect de la dignité de la personne
- **Importance primordiale de consulter dans les 72h suivant l'agression** en cas de violences sexuelles pour la prophylaxie post-exposition (PPE) permettant de prévenir le VIH et les IST
- Existence d'une contraception d'urgence pour prévenir les grossesses non désirées

Ces messages peuvent être transmis via plusieurs canaux : radio, flyers, TV, réseaux sociaux, groupes WhatsApp, etc. La formulation des messages et les images choisies pour l'élaboration des outils ne doivent pas renforcer les stéréotypes de genre ni les préjugés tendant à culpabiliser les personnes victimes de violences (exemple : idée que les femmes qui se font agresser sont celles qui portent des tenues trop aguicheuses)



Activités de prévention secondaire auprès des femmes lesbiennes et bisexuelles au Cameroun



L'Association pour la Valorisation de la Femme (AVAF) milite pour le respect des droits des femmes et des minorités au Cameroun. Ayant constaté que les femmes lesbiennes et bisexuelles sont fréquemment victimes de VBG mais ne recourent que très rarement à une prise en charge, l'AVAF a mis en place différentes activités pour impulser le changement.

Les activités de l'AVAF sont développées en stratégie fixe (au siège de l'association) et mobile (dans les communautés, au sein de formations sanitaires, dans des bars, des snacks, des hôtels, des restaurants...). Animées par des paires éducatrices lesbiennes et bisexuelles volontaires de l'association, des causeries ont pour but d'encourager les personnes victimes de VBG à recourir aux services de prise en charge existants et à dénoncer les violences.

L'association encourage ses usagères à exprimer leurs besoins en les faisant participer au choix des thématiques et parvient à toucher certaines femmes peu enclines à se déplacer dans ses locaux via les réseaux sociaux et la mise en place de groupes WhatsApp. Les messages de sensibilisation y sont adaptés et permettent d'apporter des réponses à des questions très concrètes: «Que sont les VBG? Où et comment obtenir de l'aide? Pourquoi est-il important d'accéder à une prise en charge et de dénoncer les violences? Comment éviter les situations à risque? Comment se comporter lorsqu'on est confronté-e à une situation de violence ou témoin d'une situation de violence?», etc.

L'association a également imaginé des sessions de sensibilisation sous forme de jeux de rôles, où les usagères mettent en scène des personnages et des situations de leur choix et sont appuyées par des volontaires pour proposer des conduites à tenir. Ces activités permettent de mieux incarner les messages clés transmis par l'association, de les adapter aux réalités des personnes concernées et ainsi de leur donner des ressources supplémentaires pour échapper aux situations de violence.

b. Identification des personnes survivantes au sein des services de santé et notamment des services de prise en charge du VIH

L'identification des personnes survivantes de VBG est complexe. Par crainte et/ou par méconnaissance, certaines personnes survivantes peuvent se présenter dans les structures de santé pour différents motifs sans évoquer la question des violences qu'elles subissent. Il est donc essentiel que les

professionnel·les impliqués dans les programmes VIH aient une bonne connaissance de certains signes d'appel afin de mieux pouvoir identifier ces personnes au sein de la file active et des activités existantes de la structure.

LES PRINCIPAUX SIGNES D'APPELS QUI DOIVENT FAIRE PENSER, LORS D'UNE CONSULTATION, À UNE POTENTIELLE SITUATION DE VIOLENCE SONT :

- Des blessures et traces de coups
- Des explications vagues, confuses, concernant l'origine de celles-ci
- Des lésions non mentionnées en début de consultation et découvertes au cours d'un examen médical
- Le refus de révéler la cause du traumatisme
- Des signes d'anxiété / stress, d'embarras, de gêne; une personne renfermée / agressive
- Une consultation tardive ou des consultations répétées sans motifs apparents (font agresser sont celles qui portent des tenues trop aguicheuses)

Il est toujours utile de rappeler le cadre protecteur de l'entretien: «la consultation est strictement confidentielle; ce que vous me direz ne sortira pas de cette pièce».

En cas de doute sur une situation de violence, il convient d'encourager la personne sans la brusquer avec des formulations simples et allusions indirectes comme: «Comment allez-vous?», «Pouvez-vous me parler de ces blessures?», «Je suis préoccupé-e par votre situation et ce que vous semblez vivre», «souvent, il arrive que les personnes présentant ce type de lésions aient subi des situations de violence, est-ce par hasard votre cas?».

Les principaux signes d'appels qui doivent faire penser, lors d'une consultation, à une potentielle situation de violence sont:

- Des blessures et traces de coups
- Des explications vagues, confuses, concernant l'origine de celles-ci
- Des lésions non mentionnées en début de consultation et découvertes au cours d'un examen médical
- Le refus de révéler la cause du traumatisme
- Des signes d'anxiété / stress, d'embarras, de gêne; une personne renfermée / agressive
- Une consultation tardive ou des consultations répétées sans motifs apparents

De telles questions ne peuvent être envisagées que si et seulement si la consultation se déroule dans un lieu privé permettant le respect de la confidentialité, si le/la professionnel·le est formé·e à réagir de façon appropriée, et si un système d'orientation et des procédures de prise en charge claires sont en place.

Il s'agit également de pouvoir donner des informations concernant les services disponibles, les mécanismes et effets de la violence, notamment sur la santé globale de la personne. Même si la personne décide de ne pas se confier sur les violences subies au cours de la consultation, elle pourra identifier le/la professionnel·le comme une personne-ressource et décidera peut-être de se confier dans le futur. En ce sens, il peut être opportun de proposer une visite de suivi.

Rappelons ici que le dépistage systématique des violences ou « enquête de routine » n'est pas recommandé par l'OMS. Cette approche n'a pas démontré son efficacité et est considérée comme particulièrement difficile à mettre en place dans les contextes où les ressources et les possibilités d'orientation sont limitées²⁴.

²⁴ ONU FEMMES, OMS, FNUAP, Paquet de services essentiels pour les femmes et les filles victimes de violence : Lignes directrices sur les éléments de base et la qualité, 2015: <https://www.unfpa.org/essential-services-package-women-and-girls-subject-violence>





ÉLÉMENTS
GÉNÉRAUX
RELATIFS À LA PRISE
EN CHARGE

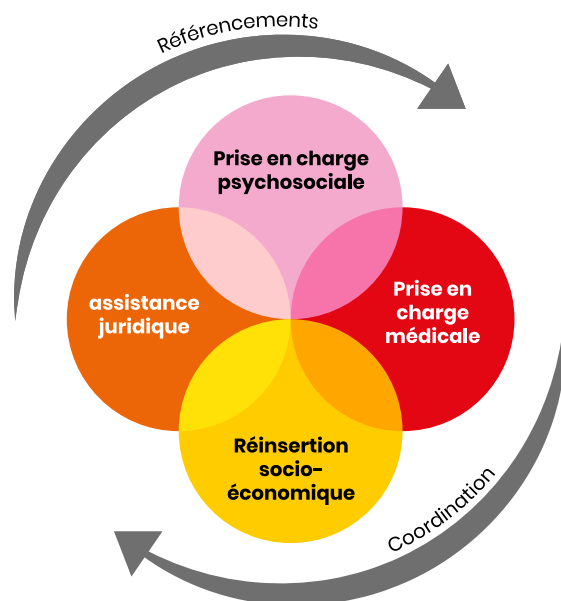
5.

ÉLÉMENTS GÉNÉRAUX RELATIFS À LA PRISE EN CHARGE

1 • PRINCIPES DE PRISE EN CHARGE

Il est essentiel que la prise en charge soit **centrée sur les besoins de la personne** et soit **la plus holistique possible**. Chaque service peut correspondre à un point d'entrée pour une prise en charge plus large, les liens entre les différents services de prise en charge sont donc essentiels. Lorsque c'est possible, une unité de lieu sera préférée, avec différents services disponibles au même endroit, afin d'éviter les ruptures dans le parcours de prise en charge. Il s'agit aussi d'intégrer au maximum ces différents services au sein des services de prévention et prise en charge du VIH existants.

Articulation des services pour une prise en charge holistique des personnes survivantes de VBG



Dans tous les cas, des mécanismes de coordination forts entre les différents acteur·rices sont indispensables, pour une prise en charge holistique et complémentaire :

- Élaboration de procédures de référencement et de contre-référencement incluant une gestion confidentielle des données (critères de référencement, points focaux pour les différents services, formulaires de référencement, formulaires de suivi) ;
- Identification de solutions de transport adaptées, notamment en cas de nécessité de prise en charge urgente par un·e des partenaires (recours à des ambulances du service public en cas d'urgence, support financier ponctuel pour les personnes ne disposant pas des ressources financières nécessaires, par exemple).

La **personne survivante est libre de choisir** si elle souhaite ou non une prise en charge. Les professionnel·les se doivent de donner une information complète sur les différents services et sur leur bénéfice et d'accepter le choix de la personne de recourir ou non à certains services. La prise en charge centrée sur les besoins de la personne survivante se base sur **4 grands principes** (voir schéma).

Principes de prise en charge centrée sur les besoins des personnes survivantes de VBG élaboré selon les recommandations du FNUAP en la matière²⁵

SÉCURITÉ :
aide à l'identification des risques immédiats potentiels, des ressources disponibles pour éliminer ces risques et évaluer les besoins sécuritaires de la personne survivante et de l'entourage (enfants)

CONFIDENTIALITÉ :
formation des professionnel·les effectuant la prise en charge, lieux et circuits de prise en charge adaptés, procédures de gestion des données sécurisées.

NON-DISCRIMINATION :
formation des professionnel·les sur les droits humains, prise en compte des besoins spécifiques des populations vulnérables, accès aux services indépendamment de l'âge, du sexe, de l'orientation sexuelle, etc., attitude non-jugeante des professionnel·les

RESPECT, DIGNITÉ, AUTONOMIE :
prise en charge respectueuse, limitation du nombre de fois où la personne survivante doit raconter son histoire, choix de recourir à du personnel médical féminin ou masculin, information claire pour permettre des choix éclairés

²⁵ FNUAP, Prise en charge de la violence basée sur le genre dans les situations d'urgence: manuel d'accompagnement de la formation en ligne https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/GBV%20E-Learning%20Companion%20Guide_FRENCH.pdf

Si la personne victime est un-e enfant ou un-e adolescent-e, la réponse doit prendre en compte l'âge de celle/celui-ci et sa moindre capacité à prendre des décisions éclairées, tout en essayant de garantir le respect des grands principes mentionnés dans le schéma ci-joint et valables pour les adultes. Chaque service doit être adapté aux besoins spécifiques des plus jeunes et les professionnel-les formé-es en ce sens. La prise en charge n'est pas détaillée ici mais, pour plus de détails, on peut se référer au guide de l'UNICEF et IRC²⁶.

2 • RECUEIL DU CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

L'ambition est d'expliquer clairement les étapes de la prise en charge et de s'assurer que la personne a bien compris. En fonction du contexte, il est possible de faire signer un document écrit de consentement avant de débiter la prise en charge. Cependant, ce document peut également présenter un risque de rupture de la confidentialité (données personnelles sensibles écrites). La pertinence de faire signer un tel document devra donc être analysée au regard du contexte et des risques. On pourra également se référer aux recommandations nationales s'il y en a.

2 • FORMATION DES PROFESSIONNEL-LES ET ATTITUDES À ADOPTER

Élément fondamental permettant le respect des principes de prise en charge énoncés, la formation initiale et continue doit permettre de construire et renforcer les connaissances des professionnel-les vis-à-vis des VBG et leurs compétences pour la mise en oeuvre de protocoles adaptés. Elle doit prendre en compte les savoirs et savoir-faire mais aussi les savoir-être afin d'encourager l'adoption d'attitudes favorables.

La posture des professionnel-les travaillant dans chaque service est essentielle. Cette posture doit être adaptée dès l'accueil des personnes survivantes, qui est un moment déterminant, influençant la disposition des personnes à révéler les VBG. Si la personne ne se sent pas à l'aise, il y a peu de chances pour que la personnes se confie sur les événements qui l'amènent.

Comportements à adopter et à proscrire par les professionnel-les intervenant dans la prise en charge

Comportements à adopter	Comportements à proscrire
<ul style="list-style-type: none"> • Écoute dite « active » : ne pas interrompre, ne pas mettre en doute, ne pas obliger à répéter, reformuler sans interpréter • Attitude empathique : savoir être proche sans s'identifier ≠ attitude compatissante • Prise en charge dans un lieu discret pour assurer la confidentialité • Langage clair, non jargonneux, réconfortant, adapté à la culture • Attention particulière à la communication non verbale • Maintien d'une distance physique appropriée selon le contexte culturel local • Posture détendue et ouverte • Permettre des moments de silence 	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en doute la parole de la personne • Porter un jugement de valeur • Interrompre la personne pour poser des questions • Discuter devant tout le monde • Nommer la personne reçue en public même si elle n'est pas présente • S'interrompre, regarder son téléphone pendant l'entretien • Garder les bras croisés, avoir une posture fermée • Pousser la personne à parler si elle ne le souhaite pas



²⁶ UNICEF, IRC : La prise en charge des enfants ayant subi des violences sexuelles en situation de crise humanitaire, 2012.



SERVICES
DE PRISE
EN CHARGE

6.

SERVICES DE PRISE EN CHARGE

1 • PRISE EN CHARGE MÉDICALE

Les conséquences des VBG sur la santé peuvent être multiples et de sévérité variable, les soins doivent donc être mis en place le plus rapidement possible après l'agression. Une prise en charge dans les 72h lors d'une agression sexuelle est essentielle afin de prévenir le risque de transmission du VIH et des IST ainsi que le risque de grossesse non désirée pour les jeunes filles et les femmes²⁷.

a. Étapes de la prise en charge médicale

Chaque étape de la prise en charge médicale doit être expliquée. La personne survivante est libre d'interrompre la consultation à chaque instant.

La consultation médicale peut être un moment très difficile pour la personne survivante, en particulier lors du récit des faits de violence et lors de l'examen physique. Il est essentiel de respecter le rythme de la personne et son intimité (en lui proposant un drap ou une blouse), et de lui permettre d'être accompagnée par une personne de son choix. Si la personne survivante est seule, on proposera qu'un·e autre professionnel·le de santé soit présent·e lors de la consultation afin de lui apporter un soutien. L'intérêt est également d'éviter que la personne survivante ne se retrouve seule (notamment face à un homme lorsqu'il n'y a pas de femme professionnelle de santé formée disponible) dans une situation qui peut lui rappeler les violences subies.

- L'anamnèse / entretien

Il s'agit d'interroger la personne sur ses antécédents médicaux, les éventuels traitements en cours, le statut vaccinal s'il est connu, puis de recueillir le récit des faits de violence: date, heure, lieu de l'agression, circonstances, nature et description des violences, nombre d'agresseur·ses, ce que la personne survivante a fait après l'agression (s'est-elle lavée, changée, etc.?).

Comme mentionné plus haut, le nom de la personne doit être renseigné dans un registre des correspondances, en mentionnant uniquement un code dans le dossier médical afin de contribuer à garantir la confidentialité.

- L'examen médical et examens complémentaires

Le but de l'examen n'est pas d'établir si oui ou non la personne a subi des violences mais d'identifier les différentes lésions, les documenter dans le certificat médical et orienter la prise en charge thérapeutique. Dans les contextes où cela est possible, il permet également de collecter des

prélèvements médico-légaux qui pourront servir au cours d'une procédure judiciaire.

L'examen se base sur les recommandations nationales en la matière si elles existent ou à défaut sur les recommandations de l'OMS. Chaque étape doit être préalablement expliquée. L'examen doit être adapté selon l'anamnèse (type de violence subi, temps écoulé depuis l'agression, etc.) et est constitué d'une observation générale, d'un examen de la personne de la tête aux pieds et, si besoin, d'un examen génital et anal ceci uniquement dans le cas de violences récentes ou de suspicion de complications.

Les examens complémentaires sont orientés par l'anamnèse et l'examen physique. Ils peuvent comprendre: une analyse d'urine, un test de grossesse, un test de dépistage VIH et syphilis, des examens radiographiques ou échographiques en cas de suspicion de fracture ou traumatisme interne. L'impossibilité de réaliser des examens complémentaires ne doit pas retarder la prescription des différents traitements prophylactiques. A nouveau, la personne est libre de s'opposer à la réalisation de l'examen médical, et à certains examens complémentaires. Dans ce cas, il est important de proposer de revenir ultérieurement si elle le souhaite.

b. Traitements

Les traitements prescrits dépendent des protocoles nationaux s'ils existent, des circonstances de l'agression, du délai depuis l'agression et des circonstances spécifiques à la personne (état de grossesse, séropositivité antérieure à l'agression, etc.).

Élément de la prise en charge médicale des personnes survivantes de VBG notamment de violences sexuelles, et délai pour la mise en place de chaque action selon les recommandations de l'OMS²⁸

La prise en charge des blessures	Le plus rapidement possible	Traitement des blessures Prise en charge de la douleur Prévention du tétanos selon le type de blessure, le délai depuis l'agression et le statut vaccinal de la personne
Une prophylaxie post-exposition au VIH (PPE)	Dans les 72h	Dans le cas de violences sexuelles avec pénétration vaginale ou anale Accompagnée de messages d'éducation concernant les modalités de transmission du VIH Dépistage du VIH proposé de façon systématique, mais pas obligatoire (une PPE peut être prescrite dans les 72h y compris en l'absence de test) En cas séropositivité de la personne antérieure à l'agression, la prise en charge se fera au cas par cas selon si la personne est sous ARV ou pas Non contre-indiquée pour les femmes enceintes

²⁷ La contraception d'urgence peut être efficace jusqu'à 120h après l'agression sexuelle. Par souci de clarté et parce que la prophylaxie post-exposition au VIH n'est efficace que dans les 72h, c'est habituellement ce délai de 72h qui est souligné dans les principaux messages d'information

²⁸ ONU FEMMES, OMS, FNUAP, Paquet de services essentiels pour les femmes et les filles victimes de violence: Lignes directrices sur les éléments de base et la qualité, 2015: <https://www.unfpa.org/essential-services-package-women-and-girls-subject-violence>

Une prophylaxie post exposition de l'hépatite B	Dans les 24h	Selon les recommandations nationales. Passé le délai de 72h, il s'agira d'un traitement symptomatique
Une prophylaxie contre les autres IST	Dans les 72h	<ul style="list-style-type: none"> •Violences sexuelles •Exploitation sexuelle •Déni de ressources
La prévention d'une grossesse non désirée	Dans les 120h	Pilule d'urgence (Lévonorgestrel dans les 72h ou Acétate d'ulipristal dans les 120h) ou dispositif intra-utérin (dans les 120h) Dans les contextes où ces molécules ne sont pas disponibles, on peut recourir à la méthode Yuzpe qui consiste en l'utilisation de contraceptifs oraux combinés classiques en prise multiples (les posologies varient selon le type de pilule utilisée. Elles sont disponibles dans le manuel de Planification Familiale du FNUAP ²⁹)

c. Orientation et suivi

La consultation médicale permet aussi d'informer et d'orienter la personne vers les autres services de prise en charge selon ses besoins. L'orientation pourra également être effectuée vers des médecins ou services spécialisés (dermatologue, dentiste, etc.) pour la réparation des blessures visibles consécutives à des actes de violences physiques (dents cassées, cicatrices, etc.) ou des pratiques traditionnelles néfastes (mutilations génitales féminines, repassage des seins, etc.), qui peut avoir un impact important dans le processus de résilience. Le manque de services et/ou les barrières financières peuvent cependant représenter des limites importantes. L'appui financier aux personnes survivantes pour de telles prises en charge sera donc un élément à considérer dans les programmes.

Pour les violences récentes et notamment les violences sexuelles, un suivi médical doit être proposé à 2, 6, 12 et 24 semaines d'intervalle. Pour les violences plus anciennes, le suivi est à adapter en fonction des besoins des personnes victimes (notamment fonction du résultat du dépistage VIH) et du type de blessures. Idéalement, on organisera une consultation avec le/la même professionnel(le) de santé. Les consultations de suivi permettent de :

- Evaluer l'état mental et émotionnel de la victime et la référer si besoin ;
- Faire le suivi de l'observance des traitements ;
- Rechercher l'existence d'une grossesse. Dans le cas où une grossesse non désirée survient, il s'agit de conseiller la victime sur les options disponibles (option d'IVG dépendant du cadre légal), de la prendre en charge ou de l'orienter vers les services disponibles ;
- Rechercher les symptômes d'une IST et proposer des tests de dépistage réguliers.

²⁹ FNUAP, Planification familiale: un manuel à l'intention des prestataires de soins du monde entier, 2011 (version révisée 2018 disponible en anglais uniquement): https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97943/9780978856304_fre.pdf;jsessionid=165F325195257E4F412532CB596477BA?sequence=

Prise en charge médicale gratuite et adaptée pour les personnes survivantes de VBG en Côte d'Ivoire



Espace Confiance est une association lancée à l'initiative de médecins. Elle oeuvre à la sensibilisation, au dépistage et à la prise en charge médicale des populations les plus stigmatisées depuis 1992.

Même si le contexte social et légal est réputé moins répressif en Côte d'Ivoire que dans la plupart des autres pays d'Afrique francophone, les populations ciblées par Espace Confiance – travailleur·ses du sexe (TS), LGBTI et usager·ères de drogues (UD) – sont fréquemment exposées aux violences. Or les personnes survivantes ont rarement recours aux centres de santé pour une prise en charge médicale après une agression. En effet, la crainte de la discrimination par les soignant·es reste forte. Par ailleurs, les frais liés à la prise en charge médicale sont dissuasifs: le montant de la consultation est de 2000 FCFA (soit environ 3€) et, surtout, le certificat médical qui fait preuve devant la justice coûte 50 000 FCFA (environ 75€). Ce tarif est fixé par l'Ordre national des médecins et donc valable dans le public comme dans le privé.

Dès ses débuts, Espace Confiance a tenu à garantir un accueil bienveillant aux populations les plus stigmatisées et à lever tous les freins financiers à leur accès aux soins, tenant compte de leur situation économique souvent précaire. L'ensemble des services qu'elle propose à ses usager·ères est gratuit. Cependant ce type de structure de prise en charge dédiée aux populations stigmatisées n'existe pas en dehors de la capitale Abidjan, et la prise en charge médicale des cas de VBG est plus défaillante à l'intérieur du pays.

C'est pourquoi, dans le cadre d'un projet national intitulé «Intensification et amélioration des interventions pour l'atteinte des 3X90», Espace Confiance s'est proposée pour former des professionnel·les de santé à l'identification et à la prise en charge médicale des VBG. 25 médecins et 7 infirmier·ères et sages-femmes ont ainsi bénéficié d'un renforcement de capacités sur cette thématique durant une semaine, fin 2019. Parallèlement, Espace Confiance a négocié et obtenu que, dans les 39 districts couverts par le projet, tous les cas de VBG nécessitant la délivrance d'un certificat médical soient pris en charge gratuitement. En contrepartie, les médecins perçoivent un dédommagement sous la forme d'un forfait communication de 20 000 FCFA. Depuis le démarrage du projet, le recensement des cas de VBG et le nombre de certificats médicaux délivrés ont progressé sensiblement.

d. Procédures de signalement obligatoire

Dans certains pays, il existe des procédures de signalement obligatoire qui obligent par exemple les professionnel·les de santé à signaler les violences aux autorités compétentes. Dans certains contextes, ces procédures peuvent représenter une barrière d'accès importante aux services, les personnes survivantes ne souhaitant pas par exemple avoir affaire aux services de police. Lorsque de telles procédures sont en place, chaque association devra ainsi déterminer la conduite à suivre la plus appropriée en tenant compte du cadre légal et en cherchant à prioriser l'intérêt premier de la personne. En cas de signalement obligatoire, il est indispensable de pouvoir en informer la personne survivante.

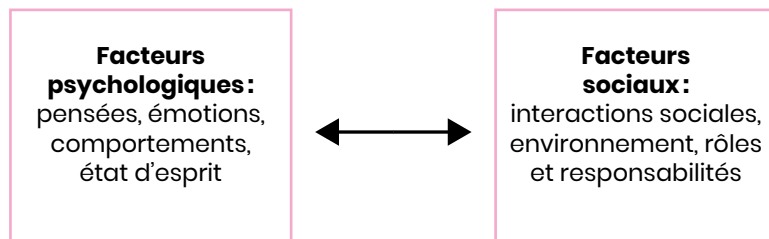
2 • PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE

a. Santé mentale et soutien psychosocial

Rappelons d'abord que la santé mentale est définie par l'OMS comme « un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté »³⁰.

Le soutien psychosocial vise à prendre en charge les individus pour les protéger et promouvoir leur bien-être psychologique au sein de leur environnement social et communautaire. Il encourage la restauration de la cohésion sociale, permet à la personne de gérer sa vie quotidienne et de se réintégrer. L'utilisation du terme « psychosocial » souligne le fait que le bien-être de la personne

Articulation entre facteurs psychologiques et facteurs sociaux



b. Conséquences psychologiques et dispositifs de soutien

Les VBG ont des conséquences sur la santé mentale des personnes à court, moyen et long terme. La majorité des répercussions psychologiques et émotionnelles doivent être vues comme des réactions normales en réponse à un événement violent. Anxiété, peur, sentiment d'insécurité permanente, déni, agressivité, honte, culpabilisation, perte d'estime de soi et difficultés relationnelles avec l'entourage sont parmi les réactions les plus courantes.

Les services de soutien psychosocial doivent pouvoir répondre à :

- Une détresse psychologique légère pour laquelle il s'agit principalement d'aider la personne à identifier les ressources internes et externes pour l'aider à aller mieux. La démarche de soutien peut alors être mise en oeuvre au niveau communautaire (pair-es éducateur·rices) et/ou par des professionnel·les non spécialisé·es dans l'accompagnement psychosocial (médecins, sages-femmes ou infirmier·ères par exemple);
- Un trouble de santé mentale léger à modéré comme l'état de stress post-traumatique, ou un état dépressif qui nécessite un accompagnement plus appuyé (par exemple par un·e psychologue);
- Un trouble plus grave (état dépressif sévère, comportements suicidaires, etc.) qui nécessite une prise en charge spécialisée (psychologue ou psychiatre) disponible le plus souvent via un référencement au niveau hospitalier.

Différentes méthodologies d'évaluation aident les professionnel·les du secteur psychosocial à évaluer l'impact des violences sur l'état psychologique des personnes survivantes.

L'ÉTAT DE STRESS POST TRAUMATIQUE

Il peut durer de 2 jours à 4 semaines après l'événement et se caractérise par la présence de plusieurs des symptômes suivants :

- Sentiment de détachement ou absence de réactions
- Réduction de la conscience de son environnement
- Incapacité à se souvenir d'un aspect important du traumatisme
- Événement traumatique constamment revécu
- Évitement de stimulus qui éveillent la mémoire du traumatisme
- Insomnies, cauchemars
- Méfiance excessive, sentiment de peur
- Symptômes anxieux persistants
- Altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants ou altération de la capacité du sujet à mener à bien certaines obligations
- Agressivité, comportements autodestructeurs

³⁰ OMS, La santé mentale: renforcer notre action, principaux faits, 2018.

c. Premiers secours psychologiques

En dehors du personnel psychosocial, il est important que les différents professionnel·les et potentiellement les acteurs communautaires qui travaillent avec les personnes survivantes puissent fournir un premier appui psychologique. Pour cela, des formations aux premiers secours psychologiques³¹ (PSP) peuvent être proposées qui désignent un soutien de première ligne social et psychologique aux personnes ayant vécu une situation grave et souffrant de détresse aiguë (ils ne sont pas spécifiques aux situations de VBG).

Principaux éléments des premiers secours psychologiques

Ecouter	<ul style="list-style-type: none"> • Aider à se calmer • Rassurer (sur le fait que la personne est en sécurité, sur sa non culpabilité, etc.) • Identifier les besoins et préoccupations de la personne (hébergement d'urgence, prise en charge médicale, etc.) • Adopter une attitude d'écoute active (laisser la personne s'exprimer, démontrer de l'empathie, se montrer disponible par le langage corporel, paraphraser, résumer et reformuler les propos sans interpréter)
Orienter	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier avec la personne de potentielles ressources internes (mise en contact avec des proches, par exemple, si la personne survivante le souhaite) • Informer la personne sur les services existants (sur la base d'une cartographie préalable si possible) • La référer activement (accompagnement physique ou mise en contact) vers ces services si elle le souhaite.

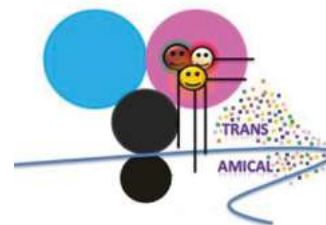
d. Dispositifs de prise en charge psychosociale

Différents dispositifs mis en place par les professionnel·les formé·es (psychologues, conseiller·ères psychosociaux formé·es) existent. Ils peuvent être utilisés seuls ou de façon combinée selon la situation, les besoins et les envies des personnes survivantes.

- L'entretien individuel ou de counseling

Il a pour but de permettre à la personne d'exprimer son vécu de la situation, ses peurs, de l'aider à gérer les effets psychologiques de la violence et d'identifier les ressources internes et externes pouvant l'y aider. Il peut s'agir d'un entretien unique ou d'entretiens répétés en fonction des besoins et attentes de la personne survivante. Idéalement, un entretien individuel initial doit être mis en place avant d'orienter la personne vers un des autres types de dispositif mentionnés ci-après.

Accompagnement psychologique à destination des personnes transgenres au Cameroun



L'association Transamical, basée à Yaoundé, a pour mission de prévenir et prendre en charge le VIH, les hépatites, les IST et les VBG chez les personnes vulnérables, en particulier parmi la population transgenre. Cette population est particulièrement ostracisée au Cameroun, où les personnes transgenres subissent souvent très jeunes des situations d'exclusion familiale les entraînant dans une grande précarité et leur laissant peu d'autres choix que le travail du sexe pour survivre. Rares sont les personnes trans qui, arrivées à l'âge adulte, n'ont jamais été confrontées à des violences physiques et/ou sexuelles liées à leur identité de genre et/ou leur expression de genre.

Créée à l'initiative d'une psychologue, Transamical a tenu dès ses débuts à proposer une assistance psychosociale pour les personnes trans. Elle diffuse des messages relatifs à la disponibilité des services de prise en charge des VBG par le biais de causeries, de dépliants conçus par l'association ou encore sur les réseaux sociaux. Des conseiller·ères psychosociaux·ales fournissent en première instance une écoute active et bienveillante aux personnes en difficulté, évaluant avec elles leurs besoins. Lorsqu'elles le souhaitent, les personnes survivantes de VBG peuvent bénéficier d'un ou plusieurs entretiens individuels avec la psychologue. Ces entretiens ont vocation à aider chaque personne à gérer les conséquences psychologiques et sociales de la situation de violence vécue et à la fortifier dans son processus de résilience.

En général, les personnes trans survivantes de VBG sont reçues dans les locaux de Transamical, mais les équipes de l'association peuvent également se déplacer à domicile si nécessaire (par exemple si les personnes ne sont pas en état physique ni n'ont les moyens de se déplacer en taxi) ou se rendre dans les locaux d'autres organisations estimant utile de leur référer des cas. Les conditions d'accueil proposées par certaines organisations communautaires LGBTI généralistes ne sont pas toujours optimales, car les enjeux liés à la transidentité sont mal maîtrisés et la visibilité des personnes trans peut être perçue comme un facteur exposant les autres usager·ères (non transgenres) à des dangers. En sus des entretiens individuels, Transamical organise régulièrement des groupes de parole. L'association observe en l'occurrence une très bonne adhésion des personnes victimes de VBG aux différents dispositifs d'accompagnement qui leur sont proposés.

³¹ OMS, Premiers secours psychologiques: Guide pour les acteurs de terrain, 2012

- Les groupes de parole/auto-support

Ce sont des espaces de dialogue entre différentes personnes ayant vécu une expérience similaire, dans un environnement bienveillant et animé par une personne formée. Ils permettent d'aider les personnes survivantes à sortir de l'isolement, à mieux comprendre et exprimer les conséquences des violences subies, à reprendre confiance en elles et à encourager un soutien mutuel.

Groupes d'auto-support à pour les travailleur-ses du sexe survivant-es de VBG au Maroc

ALCS
association
de lutte
contre
le sida

Membre de la Coalition
Internationale Sida 

L'Association de Lutte Contre le Sida (ALCS) est la plus ancienne association de lutte contre le VIH/sida au Maghreb. Elle a été créée en 1988. Bénéficiant d'une reconnaissance nationale et internationale, elle gère aujourd'hui 19 antennes, 28 centres d'information et de dépistage et 4 unités mobiles.

Depuis 2019, l'association met en oeuvre un projet de prévention et prise en charge holistique des VBG chez les travailleur-ses du sexe (TDS) dans les villes de Marrakech et d'Agadir. Pour cela, elle s'appuie sur les cliniques de santé sexuelle et reproductive qu'elle a mises en place et sur un réseau d'associations et de services partenaires. Des activités de sensibilisation sur le terrain et la mobilisation des pairs éducateur-rices permettent l'orientation des personnes TDS survivantes de VBG qui le souhaitent vers les centres de l'association.

Dans le cadre de la prise en charge psychosociale, des groupes d'auto-support ont été mis en place. Après un premier entretien individuel avec la coordinatrice de projet VBG ou une assistante sociale formée, les femmes concernées ont la possibilité d'intégrer un groupe d'auto-support. Chaque mois, le groupe rassemble une dizaine de femmes TDS. Les échanges sont encadrés par la coordinatrice du projet ou la psychologue du centre et leur permettent de partager leurs expériences personnelles. Ces groupes encouragent l'empowerment des personnes, c'est-à-dire leur autonomisation et leur capacité d'agir face aux difficultés auxquelles elles sont confrontées. Ils ont un impact sur l'estime de soi, la gestion des émotions, le bien-être et la résolution de certains problèmes concrets.

- La médiation avec l'entourage

Faire appel à une médiation peut permettre de favoriser les échanges entre la personne et son entourage, notamment familial. Ce procédé est bien connu des associations de lutte contre le VIH/sida (particulièrement le Centre SAS en Côte d'Ivoire, précurseur dans le domaine), habituées à être confrontées à la question du partage de statut sérologique au sein des couples et des familles. Une question qui est par ailleurs un enjeu crucial en termes d'exposition aux violences.

La médiation vise à mieux comprendre les conséquences des violences sur les relations de la personne survivante avec son entourage (situation de tension, de rupture ou de rejet familial), et de reconstruire du lien lorsque cela est possible. Des visites à domicile peuvent être envisagées, pourquoi pas en binôme homme/femme (comme le prévoit MVS au Niger), notamment lorsqu'il s'agit d'introduire la dialogue avec un-e partenaire jaloux-se et suspicieux-se et dans les contextes où la visite d'un homme à une femme à laquelle il n'est pas marié est mal vue.

Attention toutefois, ce dispositif n'est pas adapté à toutes les situations et ne doit pas être mis en place entre une personne et son entourage ayant perpétré lui-même des violences ou concouru activement à des situations de violences. Le recours à la médiation dans les cas de violence par le/la partenaire intime peut ne pas être sécuritaire et même s'avérer dangereux en exposant la personne survivante à un risque de représailles. De même, considérant les dynamiques de pouvoir inégales et la domination exercée par le/la partenaire intime violent-e, la personne survivante ne peut pas exprimer librement son point de vue au cours la médiation. Dans ce cadre, il est donc difficile pour elle de tirer un bénéfice du dispositif, qui est à éviter dans le cadre de l'approche do not harm déjà mentionnée.

- Les dispositifs d'aide à distance

La Relation d'Aide à Distance (RAD), basée sur l'utilisation des technologies de l'information et de la communication que sont la téléphonie et Internet est opérationnelle dans certains pays à travers des dispositifs de RAD nationales. C'est le cas de la ligne verte « Info Sida » mise en place par AFAFSI au Burkina en 1995 avec l'aide de Sida Info Service Réseau, qui a progressivement étendu la formation de ses écoutant-es à la question des VBG.

De tels dispositifs permettent une réponse de qualité et individualisée sur les thématiques de santé (VIH/sida, IST, santé sexuelle, droits à la reproduction et des hépatites et donc VBG). Par une orientation appropriée des appelant-es, à travers un recensement des services de prise en charge, les lignes nationales de RAD permettent de mieux faire connaître l'offre de soins et participent ainsi au 47

renforcement des systèmes de santé. Une fiche d'appel informatisée renseigne les problématiques soulevées lors de chaque entretien

téléphonique, permettant ainsi la collecte de données qualitatives et quantitatives à grande échelle. Ces données peuvent servir de ressources pour des enquêtes et études à grande échelle en vue d'actualiser les campagnes de prévention et d'information, ou de mieux connaître les questions soulevées par des certains segments de la population.

Des lignes d'écoute communautaires de plus petite échelle se développent dans certains pays afin de proposer un appui face à des situations de violence et de grande urgence (service proposé notamment par l'AREFM au Mali, à destination des personnes transgenres). Plus largement, le téléphone portable, Internet et les différents réseaux sociaux sont devenus des outils incontournables de prévention, d'information et de soutien, particulièrement adaptés pour répondre aux besoins des PVVIH et des populations les plus stigmatisées, qui craignent d'être repérées en se déplaçant dans les centres de santé. Là encore, la formation des écoutant-es et des coordinateurs des dispositifs est essentielle pour assurer la qualité d'une réponse basée sur le non-jugement, la confidentialité et l'anonymat.

- Les activités à vocation thérapeutique

Il peut s'agir d'activités artistiques (danse, atelier d'écriture, dessin, peinture, musique, théâtre), de sorties culturelles, d'activités sportives (comme les matchs de football organisés régulièrement par Alternative Côte d'Ivoire avec ses usagères lesbiennes et bisexuelles) ou de relaxation (par exemple, des week-ends de ressourcement dans le cas de l'association burkinabè REVS PLUS). Ces activités contribuent au bien-être des personnes survivantes, les aident à mieux comprendre et gérer leur stress et leurs émotions, à restaurer leur estime de soi et à reprendre confiance en elles-mêmes. Menées en groupe, elles peuvent également contribuer à reconstruire du lien social.

3 • ASSISTANCE JURIDIQUE ET RÉINSERTION SOCIO-ÉCONOMIQUE

a. Favoriser l'accès au droit par l'assistance juridique

L'accès aux droits et à la justice pour les personnes est primordial afin que ces violations des droits humains soient reconnues en tant que telles et afin de lutter contre l'impunité. Les actes impunis alimentent un climat de non-droit qui contribue à la survenue de nouvelles VBG. La reconnaissance des actes de VBG par la justice et la mise en place de sanctions à l'encontre des personnes agresseur-ses doit permettre de mieux protéger les personnes survivantes et peut contribuer à les aider dans leur processus de reconstruction. Pour cela, des services de réponse adéquats et respectueux des personnes survivantes doivent être mis en place.

- Les freins à l'accès aux droits

De nombreux facteurs peuvent entraver l'accès au droit et/ou entraîner un non-recours au système judiciaire :

- Dysfonctionnement du système judiciaire, cadres législatifs et procédures judiciaires inadaptées ;
- Non reconnaissance de l'acte comme une agression par la personne survivante ;
- Peur de représailles ;
- Peur d'être stigmatisé-e du fait des VBG et/ou en tant que personnes déjà marginalisées par la société ;
- Manque d'informations sur le système judiciaire et les démarches à mettre en oeuvre (un problème récurrent chez les personnes migrantes et en situation de handicap notamment) ;
- Insuffisance de moyens financiers ;
- Absence de preuves ;
- Pénalisation de certaines pratiques (travail du sexe, relations homosexuelles, usage de drogues, etc.) et peur d'encourir des poursuites si la personne survivante entame des procédures judiciaires ;
- Manque de formation des forces de l'ordre et des professionnel-les du secteur judiciaire entraînant une plainte.

- Les activités d'assistance juridique

Pour lever les barrières qui entravent l'accès à la justice et accompagner les personnes survivantes dans leurs démarches, différentes activités peuvent être mises en place. Elles visent à renforcer la prise en compte des VBG dans le cadre législatif, à soutenir des procédures judiciaires centrées sur les personnes survivantes et à les assister dans leurs démarches auprès des autorités judiciaires. Il est essentiel de baser les interventions sur une bonne connaissance des freins, du système judiciaire, des législations nationales et des acteur-rices intervenant dans ce domaine. Les activités suivantes peuvent être mises en place :

- Information communautaire sur les droits humains fondamentaux et les services existants, pour les personnes survivantes et les populations les plus susceptibles d'être confrontées aux violences ;
- Accompagnement des personnes survivantes dans les démarches judiciaires lors du dépôt de plainte et la représentation devant les tribunaux (conseil, accompagnement physique lors des démarches, appui financier pour le recours à un-e avocat-e, etc.) ;
- Formation et sensibilisation des autorités, des forces de l'ordre et des professionnel-les du système judiciaire sur la question des VBG ;
- Plaidoyer national pour la mise en place de procédures protégeant les survivant-es et le changement des législations non adaptées ;
- Formation des professionnel-les de santé à la rédaction de certificat médicaux.

Formation des forces de maintien de l'ordre pour faciliter l'accès à la justice des LGBTI au Cameroun



Alternatives-Cameroun (ACM) a été créée en 2006 par des jeunes désireux de se mobiliser pour la défense des droits des minorités sexuelles et de genre au Cameroun et notamment de leur droit à la santé. L'association a ouvert à Douala un centre communautaire, le « Centre Access », qui fournit des services d'information et de prise en charge holistique (incluant des consultations médicales).

Selon les termes de l'article 347-1 du code pénal camerounais, « Est punie d'un emprisonnement de 6 mois à 5 ans et d'une amende de 20 000 à deux cent mille (200 000) francs [CFA], toute personne qui a des rapports sexuels avec une personne de son sexe. ». Les peines sont doublées en cas de relation avec une personne mineure. Une loi relative à la cybersécurité et à la cybercriminalité pénalise également les conversations téléphoniques et sur Internet à caractère sexuel entre personnes de même sexe. Chaque année, Alternatives publie en partenariat avec Humanity First Cameroon un rapport sur les violences et violations de droit commises à l'encontre des personnes LGBT dans le pays, rapport sur lequel elle s'appuie pour rappeler ses devoirs à l'Etat camerounais dans le cadre d'un plaidoyer national et international. En 2019, 1380 cas de violences et violations de droits ont été notifiés sur le territoire national.

Dans ce contexte, le dépôt de plainte des personnes LGBTI auprès des forces de maintien de l'ordre (FMO) s'avère particulièrement complexe. Alternatives Cameroun a donc mis en oeuvre depuis plusieurs années des activités de sensibilisation ciblant les FMO. Dans les zones situées autour du Centre Access, elle a rencontré les responsables des commissariats et gendarmeries. Des entretiens ont permis de présenter les activités d'Alternatives Cameroun et d'insister sur la corrélation entre les violences et l'expansion du VIH. Deux commissaires de police et deux commandants de gendarmerie ont accepté de travailler avec l'association et que leurs agent-es soient sensibilisé-es sur ces questions. Suite à cela, les commissaires et commandants eux-mêmes ont souhaité être associés au système de référence de l'association. Depuis, Alternatives Cameroun peut les solliciter plus facilement pour le dépôt de plaintes et la résolution des cas de violence. Il arrive également que les FMO réfèrent des personnes LGBTI victimes de VBG pour une prise en charge au sein du Centre Access. Dans les zones où le partenariat a été mis en place, les arrestations arbitraires sur la base de l'orientation sexuelle et l'identité de genre ont largement diminué.

-L'importance du certificat médical dans le cadre de violences physiques et/ou sexuelles

Il est indispensable pour reconnaître les droits des personnes survivantes car il permet d'engager des poursuites judiciaires. Il renvoie à « l'obligation d'attester », un des principes fondamentaux de l'éthique médicale. La personne survivante peut l'utiliser comme un élément de preuve pouvant attester des VBG. Selon les contextes, les professionnel·les de santé ou services médicaux habilités à délivrer des certificats médicaux peuvent varier. Il convient donc d'établir des mécanismes de référencement vers les services compétents. Lorsqu'un format officiel de certificat médical existe, son utilisation doit être privilégiée, dans le cas contraire on se basera sur le format OMS³². La délivrance d'un certificat médical ne peut pas être imposée à une personne survivante si celle-ci ne le souhaite pas.

Dans les contextes où seules certaines professionnel·les de santé sont habilité·es à établir des certificats médicaux, il est important de pouvoir discuter de potentiels arrangements avec les instances compétentes afin d'éviter de pratiquer une seconde fois un examen clinique invasif pour le/la patient·e (par exemple délégation des tâches vers les personnes effectuant la prise en charge médicale comme les sages-femmes ou les médecins généralistes).

b. Réinsertion socio-économique

- Contexte socio-économique défavorable : conséquence et facteur de risque de VBG

À la suite des violences, les personnes survivantes peuvent faire face à des difficultés socio-économiques à court, moyen et long terme : perte de logement, distanciation avec la famille, perte d'emploi, appauvrissement, discrimination par leurs employeur·ses et/ou par l'administration, séparation, privation de l'exercice de leur rôle parental par leur partenaire ou leur famille, interruption scolaire imposée aux plus jeunes, etc. Les actes de violences peuvent contribuer à accentuer des difficultés déjà existantes. Un contexte socio-économique défavorable (par exemple perte d'emploi consécutive à des problèmes de santé dans le cadre du VIH, ou perte de revenus issus de l'économie informelle dans le contexte de la crise du COVID-19) peut également augmenter le risque de VBG exposant ainsi les personnes survivantes à de nouvelles violences.

Dans le cadre d'une approche globale, l'accompagnement pour la réinsertion sociale et économique représente donc un aspect essentiel, encore souvent négligé par manque de services disponibles et insuffisance de ressources. Il vise à **renforcer les capacités des personnes, leur autonomie, et à recréer**

³² Pour les violences sexuelles, voir OMS : Gestion clinique des victimes de viol, 2005 : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43156/9242592633_fre.pdf?sequence

du lien social pour sortir de potentielles situations d'isolement, permettant ainsi de réduire les situations de vulnérabilité.

- Les principales activités de réinsertion socio-économique

Elles peuvent être mises en place par des organisations de la société civile mais aussi par des services publics :

- Hébergement d'urgence pour la mise en sécurité rapide des personnes, solutions d'hébergement temporaire en attendant que la personne survivante retrouve une situation économique plus favorable. Il est essentiel que ce type de structures puisse garantir un environnement sécuritaire (protection par des gardiens), et accueille un nombre limité de personnes afin de rester discret et de ne pas exposer davantage les personnes survivantes. La question de la mixité du refuge peut également être discutée dans le cadre de risques de violences sexuelles ou de certaines formes d'exploitation plus ou moins graves (femmes considérées comme étant au service des hommes pour le ménage ou les courses notamment);
- Mesures d'information sur les droits, les services, les aides publiques;
- Mise en place de mécanismes de référencement vers les services existants (dispensés par d'autres services, par des points focaux au niveau de la communauté, par des pairs-éducateur-rices, etc.);
- Activités de soutien psychosocial telles que détaillées précédemment;
- Activités d'éducation et de formation professionnelle permettant aux personnes survivantes de développer des moyens de subsistance;
- Aide à la création d'activités génératrices de revenus permettant de renforcer l'indépendance de la personne;
- Activités de micro-crédit et de transferts monétaires (paiement en argent, bons de provisions ou de services, etc.) après une analyse attentive du contexte, des besoins et des risques potentiels de ce type de dispositif.



Lieu d'hébergement d'urgence pour les LGBTI survivant-es de VBG au Cameroun



Humanity First Cameroun, dont le siège est basé à Yaoundé, est une association de lutte contre le VIH/sida et de défense des droits humains travaillant principalement avec la communauté LGBTI.

Dès ses débuts, l'association a fait le constat, partagé par d'autres, qu'une part importante des violences subies par les personnes LGBTI dans le pays correspondait à des agressions commises au sein de la famille ou bien au domicile ou près du domicile la personne. Isolées, souvent sans ressources et/ou craignant une nouvelle expédition punitive chez elles aux conséquences irréversibles, de nombreuses victimes se tournaient vers l'association pour solliciter des solutions d'hébergement d'urgence.

En 2016, Humanity First est finalement parvenue à répondre à cette demande en mettant en place une « maison de refuge » permettant aux personnes LGBTI survivantes de VBG d'accéder à un logement temporaire. Après un entretien permettant de mieux identifier les besoins de la personne survivante, une proposition de séjour au sein du refuge peut être faite pour une durée de 3 mois, renouvelable sous certaines conditions et selon les places disponibles. Les personnes survivantes se voient également proposer une prise en charge nutritionnelle, un soutien psychosocial et une aide à la recherche d'emploi. Le lieu est sécurisé grâce à la présence de gardien-nes. Même si le nombre de places reste insuffisant au regard des besoins à l'échelle locale, Humanity First offre ainsi un cadre protecteur au sein duquel des personnes en grande détresse peuvent d'abord se reposer, créer du lien avec les autres pensionnaires puis commencer à penser à la suite de leur parcours.



INTERVENTIONS
EN CONTEXTE
DE CRISE

7.

INTERVENTIONS EN CONTEXTE DE CRISE

1 • GÉNÉRALITÉS

Dans les contextes d'urgence ou de crise, il est acquis que les VBG augmentent sensiblement. Cela a été démontré par des études qualitatives menées sur différents continents et dans des contextes variés (conflits armés en RDC, au Libéria, au Pakistan ou en Afghanistan, épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest, catastrophe naturelle au Népal, etc.), de telle sorte que les institutions internationales spécialisées affirment aujourd'hui clairement qu'il n'est pas recommandé, en contexte d'urgence ou de crise, de chercher à démontrer cette augmentation des taux de VBG. Il faut donc partir du principe que les VBG sont majorées pour mettre en place au plus vite des activités afin d'y répondre.

L'utilisation des viols et autres violences sexuelles comme arme de guerre, y compris contre des hommes, a été décrite dans le cadre de nombreuses situations de conflits armés. A cela s'ajoute des violences plus « opportunistes » dans le cadre desquelles les agresseur-ses profitent de la déstabilisation des systèmes en place et de situations de vulnérabilité accrue. L'augmentation des VBG est ainsi également décrite en cas de situation d'instabilité politique, de catastrophe naturelle ou d'épidémie.

Les facteurs entraînant ces augmentations sont multiples: déplacement de population et modification du tissu social, insécurité, absence d'ordre public, climat d'impunité, absence de système de protection, promiscuité, vulnérabilités socio-économiques, isolement, etc.

2 • DISPOSITIF MINIMUM EN SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

Les situations de crise aboutissent souvent à l'interruption de l'accès de la population affectée aux services de santé, en particulier les services de santé sexuelle et reproductive (SSR). Dans ces contextes pourtant, les services de santé sont souvent le principal point d'entrée pour les personnes survivantes de VBG cherchant de l'assistance. Il est donc essentiel de pouvoir garantir leur disponibilité.

Si le rétablissement d'une offre de services complets constitue un objectif global, il est souvent nécessaire de prioriser certaines activités dans un premier temps. Ainsi, le groupe de travail inter-organisations en santé sexuelle

et reproductive en situations de crise humanitaire (IAWG – Interagency Working Group) a développé des directives pour la prestation de services de SSR en définissant un ensemble d'activités minimum à mettre en place dans les contextes de crise: le Dispositif Minimum d'Urgence (DMU) en SSR³³.

Le DMU définit les services de SSR qui sont les plus importants pour prévenir une augmentation inévitable de la morbi/mortalité liée à l'interruption des services, tout en protégeant le droit à la vie dans la dignité. La réponse aux VBG fait partie intégrante du DMU, dont l'un des 6 objectifs est de répondre aux besoins des personnes survivantes.

S'il est important de prendre en compte les différents types de VBG, en situation de crise les possibilités d'intervention sont souvent limitées (services fermés ou limités, mobilité des usager-ères entravée, etc.) et les besoins multiples (en hébergement, aide sociale et alimentaire, accès à l'eau, etc.). D'où la nécessité de prioriser les activités à mettre en place. Les recommandations officielles insistent tout particulièrement sur l'importance de garantir d'abord l'accès à la prise en charge médicale et à un premier appui psychosocial pour les violences physiques et sexuelles. Dès lors que la situation le permet, une prise en charge plus complète doit être mise en place.

A noter, qu'un autre des 6 objectifs du DMU est de prévenir la transmission et réduire la morbidité et la mortalité dues au VIH. Il est alors essentiel d'envisager les activités relatives aux VBG et au VIH de façon concomitante.

3 • ACTIVITÉS PRIORITAIRES

Afin de pouvoir prendre en compte au mieux la prévention et la prise en charge des VBG, un ensemble d'activités prioritaires a été défini. Ces activités doivent être mises en place dès le début d'une crise.

a. Mise en place de mécanismes de coordination

Dans les situations de crise, le FNUAP est habituellement désigné chef de file en matière de SSR/ DMU pour assurer la coordination entre les acteur-rices offrant des services sanitaires. Il est en charge de l'état des lieux des services de SSR disponibles sur place, de la cartographie des acteur-rices et des services, de l'organisation de réunions régulières avec les différentes parties prenantes, de l'aide à l'approvisionnement coordonné du matériel et de la diffusion d'informations concernant les politiques de santé et les protocoles nationaux.

³³ IAWG, Minimum Initial Service Package for sexual and reproductive health in crisis situations, 2019: <https://iawg.net/resources/minimum-initial-service-package-misp-resources>; version 2011 disponible en français: https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Rapport_complet_219.pdf

Dans les contextes où les « clusters » (groupes de réponses sectoriels) sont activés³⁴, un sous-groupe dédié à la question des VBG est habituellement mis en place. En tant qu'acteur-rices travaillant sur la question du VIH et des VBG, il est important de pouvoir participer activement à ces mécanismes de coordination afin d'obtenir des informations utiles, de mutualiser les ressources et de pouvoir mettre en place des systèmes de référencement efficaces vers les services existants.

b. Mesures de prévention primaire au niveau communautaire

Il s'agit ici de travailler avec l'ensemble des acteur-rices pour instaurer des mesures préventives aux niveaux communautaire, local et des établissements de santé. Ces mesures visent notamment à protéger les personnes particulièrement à risque de VBG. En tant qu'acteur-rices travaillant spécifiquement avec les PVVIH et/ou les populations clés, il est important de pouvoir faire bénéficier l'ensemble des acteur-rices impliquées sur les VBG d'une bonne compréhension des spécificités et besoins de ces publics afin que des mesures adaptées puissent être mises en place

EXEMPLES DE MESURES DE PRÉVENTION DES VBG DANS LES CONTEXTES DE CRISE:

- Dans les camps de réfugiés: éclairages suffisants la nuit, toilettes et douches séparés pour les hommes et les femmes et disposant de verrous, abris sécurisés notamment pour les familles ou les femmes isolées;
- Normes de sécurité minimales pour les structures de santé afin de garantir la sécurité des personnes survivantes de violences lors de leur prise en charge (structures situées dans des zones sûres, éclairage suffisant la nuit, présence potentielle de personnel de sécurité...);
- Mise en place de procédures de protection contre les actes d'exploitation et les abus sexuels (PSEA) au sein des organisations fournissant une aide humanitaire visant à prévenir les potentiels abus commis par le personnel humanitaire (par exemple accès à l'aide en échange de faveurs sexuelles).

b. Garantir la disponibilité de soins médicaux

Il est essentiel que les personnes survivantes de violence sexuelle et physique puissent accéder rapidement (dans les 72h) à une prise en charge médicale (comme décrite au chapitre VI). Afin de garantir cela:

- Les professionnel·les de santé doivent être formé·es à la prise en charge clinique des violences physiques et sexuelles;
- Des protocoles clairs de prise en charge doivent être disponibles. Ils doivent inclure des éléments relatifs au respect de la confidentialité (notamment en matière de gestion des données);
- Les intrants nécessaires à la prise en charge doivent être disponibles. En situation de crise, il est habituellement possible d'obtenir des kits auprès du FNUAP (cf. kits de santé reproductive du groupe inter-organisations numéro 3: traitement post-viol)³⁵;
- Un certificat médical doit pouvoir être délivré à la demande de la personne survivante (y compris dans les contextes où le système juridique ne fonctionne plus, le certificat pouvant être utilisé ultérieurement);
- Des mécanismes de référencement par l'ensemble des acteur-rices vers les structures dispensant ces soins doivent être mis en place;
- Des messages d'information sur la disponibilité des services et les modalités d'accès doivent être diffusés au niveau communautaire, notamment sur l'importance de consulter dans les 72h en cas de violence sexuelle (diffusion selon des modalités adaptées au contexte local: points focaux communautaires, messages radio, TV, SMS, affiches, utilisation des réseaux sociaux, ouvertures de lignes d'écoute, etc.).

Si la prise en charge médicale des personnes survivants n'est pas intégrée aux activités VIH avant le début de la situation de crise, il convient alors de mettre en place des procédures de référencement vers les services existants. Afin de faciliter l'accès des personnes à une assistance rapide, cette prise en charge peut également être ajoutée aux activités médicales dispensées dans le cadre du VIH. Pour cela, il s'agit de recourir par exemple à l'assistance technique du FNUAP ou d'une autre organisation spécialisée afin de faciliter la formation du personnel et la mise en place de procédures adaptées.

d. Fournir un premier appui psychosocial

Il est important de pouvoir fournir aux personnes survivantes des services de santé mentale et de support psychosocial. Ces services peuvent être intégrés aux activités existantes ou disponibles via un référencement vers d'autres acteur-trices. Idéalement, une unité de lieu pour la prise en charge doit être favorisée (service de prise en charge médicale et psychosociale au même endroit), les déplacements en situation de crise étant souvent plus compliqués.

Cependant, il faut noter que des services spécialisés en soutien psychosocial ne sont pas toujours disponibles dans les contextes de crise. Il est alors important que les différentes personnes intervenant dans la prise en charge

³⁴ Niveau 3 de l'urgence selon la classification des Nations Unies. Pour plus d'information sur l'approche Clusters: https://www.unocha.org/sites/unocha/files/dms/Documents/OCHA%20on%20Message_Cluster%20Approach_VFR.pdf

³⁵ Informations sur le contenu et les procédures d'accès aux kits dans le Manuel de terrain du groupe interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire: <http://iawg.wpengine.com/wp-content/uploads/2019/07/IAFM-French.pdf>

des personnes survivantes, et notamment le personnel médical, puissent apporter un premier appui psychologique. Il s'agit que ces personnes soient formées aux premiers secours psychologiques (comme décrits au chapitre VI)³⁶.

Augmentation des cas de VBG dans le contexte de la pandémie de COVID-19

La pandémie de COVID-19 a accentué les inégalités de genre. Il est encore très tôt pour tirer des leçons de la crise sanitaire en cours mais les données déjà disponibles dans plusieurs pays (Chine, Italie, Australie, Etats Unis, Brésil, etc.) suggèrent une forte augmentation (de l'ordre du triplement dans certaines régions) des cas de violences conjugales³⁷ et intra-familiales. Différents facteurs de risque contribuent à expliquer cette situation :

- Contacts plus rapprochés entre les membres de la famille dans le cadre des mesures de confinement exposant les personnes à un risque plus important de conflits et d'abus sexuels ;
- Impact économique de la crise : perte d'emploi, absence de moyens de subsistance pour les femmes et les populations les plus stigmatisées impliquées dans le secteur informel ;
- Impact sur l'organisation sociale et hausse du travail domestique pour les femmes ;
- Limitation de mouvements et d'accès aux services habituellement disponibles ;
- Réorientation des services de santé pour la prise en charge des cas de coronavirus et réduction des services de SSR, notamment de prise en charge des VBG.

Entre mai et juin 2020, une pluralité de partenaires de Sidaction ont fait connaître les difficultés spécifiques rencontrées au sein de leur file active, en termes de précarisation et d'exposition accrue de leurs usagers-ères aux violences, au rejet et aux discriminations. Sidaction a ainsi pu constater que :

- Les femmes cisgenres, dont les activités professionnelles s'exercent plus souvent que les hommes dans le secteur informel sont très fortement précarisées, ce qui les expose davantage aux VBG, y compris au sein de leurs couples, et qui peut avoir des conséquences sur leur suivi médical ;
- Les travailleur-ses du sexe se voient confronté-es à des conditions de travail encore plus clandestines, les exposant encore plus fortement

aux violences, y compris policières, et les obligeant pour certaines à accepter des pratiques sexuelles « extrêmes » qu'ils/elles n'acceptent pas d'habitude ;

- Les personnes LGBTI sont victimes d'un phénomène de bouc-émissarisation. Une augmentation des cas de violences sociales et intra-familiales les concernant a été observée par les acteur-rices communautaires dans de nombreux pays depuis le début de la crise liée au COVID-19 (France, Cameroun, Burkina-Faso, etc.).

Dans ce cadre, les principales stratégies promues et mises en oeuvre par les partenaires de Sidaction sont les suivantes :

- 1.** S'inscrire dans les efforts de coordination de la riposte au niveau local et national afin de porter la voix des populations les plus vulnérables et s'assurer que la réponse mise en place ne leur soit pas défavorable et leurs besoins spécifiques pris en compte ;
- 2.** Mettre en place des mécanismes de remontée des informations et sensibiliser les populations cibles sur les services de prise en charge des VBG disponibles. Cela a été principalement fait via la mobilisation des pair-es éducateur-rices ;
- 3.** Maintenir les services à destination des femmes et des minorités sexuelles et de genre incluant la prise en charge des VBG (mise à jour des systèmes de référencement, sensibilisation et formation des professionnel-les de santé, partage de ressources techniques, transfert de certains services en ligne pour l'accompagnement psychosocial, etc.) ;
- 4.** Maintenir et activer les réseaux de lutte contre les violences et violations des droits humains et mettre en place un lien dynamique avec les services de santé, les acteurs-rices de la prise en charge psychosociale, les forces de l'ordre, et les associations spécialisées dans l'accompagnement des personnes victimes de VBG.

³⁶ OMS, Premiers secours psychologiques: Guide pour les acteurs de terrain, 2012. ³⁷ Peterman A, Potts A, O'Donnell M, Thompson K, Shah N, Oertelt-Prigione S, et al. Pandemics and violence against women and children. Center Global Dev Work Paper 528, 2020: <https://www.un.org/sexualviolenceinconflict/wp-content/uploads/2020/05/press/pandemics-and-violence-against-women-and-children/pandemics-and-vawg-april2.pdf>



SUIVI
DE LA QUALITÉ
DES SERVICES
ET SOUTIEN AUX
PROFESSIONNEL·LES

8.

SUIVI DE LA QUALITÉ DES SERVICES ET SOUTIEN AUX PROFESSIONNEL·LES

1 • SUIVI DE LA QUALITÉ

Le développement de mécanismes de suivi de la qualité des services répond à une obligation éthique et de redevabilité. Ils doivent être pensés avant même la mise en oeuvre des interventions. L'idéal est de pouvoir intégrer le suivi de la qualité des services VBG aux autres mécanismes déjà existants, notamment concernant la prévention et la prise en charge du VIH.

a. Supervisions formatives et évaluations des services mis en oeuvre

- La mise en place de mécanismes de coaching ou de supervision formative

La mise en place de supervisions a pour but d'accompagner les professionnel·les dans leur pratique par une démarche formative. Si des mécanismes existent déjà, il faut rechercher l'intégration de la question des VBG. Les supervisions peuvent être mises en oeuvre par un responsable hiérarchique possédant une expertise sur le sujet mais aussi par des pair·es expérimenté·es. On parle alors plutôt de coaching/tutorat.

Ces sessions sont une bonne opportunité de travailler sur les difficultés rencontrées et de pouvoir encourager, motiver et valoriser le travail des personnes impliquées. Il s'agit notamment de pouvoir travailler sur les compétences techniques nécessaires pour la prise en charge des personnes survivantes, la gestion des situations difficiles, la prise en compte des besoins spécifiques des personnes, des vulnérabilités croisées et les attitudes des professionnel·les. Ces séances de coaching et supervision formative s'appuient sur des grilles d'observation des pratiques pré-établies et sur les supports utilisés au cours de formations théoriques.

- L'organisation régulière d'évaluations

La fréquence des évaluations varie selon le contexte et les moyens disponibles. Elles ont pour objectifs de porter un regard critique sur les activités dans une démarche constructive d'amélioration et de confronter les situations rencontrées à des normes pré-établies. Différents critères doivent être pris en compte :

- l'accessibilité des services ;
- les ressources matérielles disponibles ;
- le respect d'un « circuit usager·ères » discret et confidentiel ;
- la bonne application des protocoles de prise en charge ;
- le respect des principes de prise en charge centrée sur les besoins des personnes (confidentialité, sécurité, non-discrimination, respect).

Pour cela, il s'agit de développer des listes de contrôle prenant en compte l'ensemble de ces critères et de les partager dans un premier temps avec les professionnel·les impliqués dans la prise en charge. Lorsque des listes de contrôle existent déjà pour les activités VIH, on complètera avec les informations relatives aux VBG. Les résultats de ces évaluations doivent être partagés avec l'ensemble des professionnel·les impliqués dans les services, les déficits clairement identifiés et des plans d'action mis en place, l'idée étant de les utiliser comme un instrument de changement dans une démarche dynamique d'amélioration de la qualité.

b. Mesure de la satisfaction des bénéficiaires

Il est important de prendre en compte la satisfaction des personnes survivantes dans le suivi de la qualité des interventions afin de veiller à ce que les activités mises en place répondent au mieux à leurs besoins et attentes. Cela permet également d'améliorer l'acceptabilité des services proposés. On peut recourir à plusieurs mécanismes dont des questionnaires ou des enquêtes de satisfaction par le biais d'entretiens semi-directifs ou focus groups. Utilisés seuls ou combinés, ils doivent prendre en compte le contexte et les potentielles contraintes et garantir la confidentialité et la sécurité des personnes survivantes et des professionnel·les les prenant en charge. Ils se basent sur une participation volontaire et respectent l'anonymat des personnes. Ils doivent permettre de collecter des informations sur la satisfaction des services dispensés par l'organisation mais aussi concernant les mécanismes de référencement vers d'autres acteur·rices et de révéler les potentiels besoins non couverts.

2 • SOUTIEN AU PERSONNEL

La prise en charge de personnes survivantes de VBG peut être difficile à vivre pour les professionnel·les, surtout si elle se fait de façon régulière et répétée. Confrontés à des personnes pouvant être en grande détresse et aux récits d'actes de violence traumatisants, les professionnel·les peuvent se retrouver dans des situations de stress et de souffrance. Cela est particulièrement vrai dans les associations communautaires, dès lors que le personnel partage souvent des caractéristiques et des expériences de vie similaires avec le public reçu, pouvant entraîner une projection ou des réminiscences de

souvenirs douloureux. Il est important d'entendre et d'anticiper ces difficultés. Si toutes les organisations n'ont pas les moyens de recourir à des psychologues pour accompagner leurs personnels, des mesures simples peuvent être mises en place afin de favoriser leur bien-être et de prévenir les situations de surmenage. Elles doivent être discutées au sein des organisations et identifiées au regard des contextes et ressources disponibles.

Des pistes de réflexion sont proposées ici :

- Informer/sensibiliser l'ensemble des professionnel·les sur l'existence potentielle de telles difficultés et rassurer sur le fait qu'elles sont normales ;
- Organiser des supervisions régulières permettant aux professionnel·les d'exprimer des difficultés potentielles ;
- Organiser des sessions régulières de débriefing et d'analyse des pratiques ;
- Limiter le nombre de cas pris en charge par une même personne ;
- Organiser des activités récréatives et de « team building » ;
- Identifier des personnes-ressources au sein de l'organisation pouvant être des points focaux pour les autres professionnel·les (manager, responsable des ressources humaines...) et former ces personnes et/ou mettre en place un système de soutien par les pairs
- Identifier des personnes externes pouvant apporter un appui aux professionnel·les en difficulté : par exemple donner la possibilité d'accéder à des entretiens avec un psychologue.
- Mutualiser avec d'autres organisations disposant de psychologues. Dans un souci de confidentialité, il est important d'éviter qu'un psychologue travaillant dans une organisation prenne en charge ses collègues de travail.



© Cécile Chartrain

Renforcement de capacités des équipes et suivi de la qualité des services de prise en charge des VBG au Togo



Depuis 2014, Action Contre le Sida (ACS) a bénéficié d'un accompagnement technique de la plateforme ELSA et du soutien financier de la Fondation de France pour se former et mettre en oeuvre un plan d'action sur le genre intégrant les VBG.

Entre 2014 et 2015, avant la mise en oeuvre du plan d'action, ACS a procédé à un diagnostic interne sur la prise en charge des VBG. Il en est clairement ressorti que les équipes n'étaient pas suffisamment outillées sur les VBG, ce qui entraînait une faible détection des cas. Le personnel médical et psychosocial ainsi que les pair-es éducateur·rices ont donc bénéficié d'un renforcement de capacités sur le sujet. Depuis, chaque année, une journée de recyclage des connaissances sur les VBG est organisée à destination du personnel et toute nouvelle personne qui intègre le staff d'ACS reçoit obligatoirement un briefing sur les droits humains et les VBG.

Une évaluation rapide de la qualité des services est réalisée chaque année à l'aide d'un questionnaire administré par des pair-es éducateur·rices, en évitant soigneusement les liens d'interconnaissance avec les usager·ères enquêtés pour garantir l'anonymat. L'évaluation porte plus précisément sur les volets suivants : qualité des soins, satisfaction des bénéficiaires, impact. D'après les données disponibles, la qualité des services progresse d'année en année. Ainsi plus de 70% des usager·ères estiment aujourd'hui que les membres du staff d'ACS sont capables de détecter les signes d'alerte précoces des VBG et de faire les référencement adéquats. De plus, entre 2015 et 2017, le nombre de personnes ayant consulté pour des questions liées aux VBG est passé de 32 à 124.

• POUR ALLER PLUS LOIN / BIBLIOGRAPHIE •

- ▶ FNUAP, Normes minimales pour la prévention et la réponse à la violence basée sur le genre dans les situations d'urgence, 2015:
https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/16-092_Minimum_Standards_Report_FRENCH_proof.FINAL__1.pdf
- ▶ FNUAP, Prise en charge de la violence basée sur le genre dans les situations d'urgence: manuel d'accompagnement de la formation en ligne,
https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/GBV%20E-Learning%20Companion%20Guide_FRENCH.pdf
- ▶ FNUAP, UNICEF, UNHCR, USAID, IRC, IMC, Inter-agency gender-based violence case management guidelines, 2017:
<https://reliefweb.int/report/world/interagency-gender-based-violence-case-management-guidelines>
- ▶ HCR, Gestion clinique de victimes de viol. Développement de protocoles à adopter avec les réfugiés et les personnes déplacées dans leur propre pays, 2004:
https://extranet.who.int/iris/restricted/handle/10665/68513?search-result=true&query=gestion+clinique+des+victimes+de+viol&scope=&rpp=10&sort_by=score&order=desc
- ▶ IASC, Global protection cluster, Directives pour l'intégration d'interventions ciblant la violence basée sur le genre dans l'action humanitaire, 2015:
https://gbvguidelines.org/wp/wp-content/uploads/2016/03/2015-IASC-Directrices-VBG_version-francaise.pdf
- ▶ IASC, Identifying and mitigating gender-based violence risks within the COVID-19 response, avril 2020:
<https://gbvguidelines.org/wp/wp-content/uploads/2020/04/Interagency-GBV-risk-mitigation-and-Covid-tipsheet.pdf>
- ▶ IAWG, Manuel de terrain du groupe interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire, 2018:
<http://iawg.wengine.com/wp-content/uploads/2019/07/IAFM-French.pdf>
- ▶ IAWG, Minimum Initial Service Package for sexual and reproductive health in crisis situations, 2019:
<https://iawg.net/resources/minimum-initial-service-package-distance-learning-module>

- ▶ IRC, UNICEF, La prise en charge des enfants ayant subi des violences sexuelles en situations de crise humanitaire, 2012:
https://resourcecentre.savethechildren.net/sites/default/files/documents/irc_ccs_guide_french_0.pdf
- ▶ OMS, FNUAP, ONUSIDA, Mettre en oeuvre des programmes complets auprès des travailleuses du sexe: Chapitre 2. Riposte à la violence à l'encontre des travailleuses du sexe, 2015:
https://www.who.int/hiv/pub/sti/sex_worker_implementation/fr/
- ▶ OMS, ONUSIDA, 16 Ideas for addressing violence against women in the context of the HIV epidemic, 2013:
https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/vaw_hiv_epidemic/en/
- ▶ OMS, Premiers secours psychologiques: guide pour les acteurs de terrain, 2012:
https://www.who.int/mental_health/publications/guide_field_workers/fr/
- ▶ OMS, Soins pour les femmes victimes d'actes de violence commis par un partenaire intime ou d'actes de violence sexuelle: Manuel clinique, 2014:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204236/WHO_RHR_14.26_fre.pdf
- ▶ ONU FEMMES, OMS, FNUAP, Paquet de services essentiels pour les femmes et les filles victimes de violence: Lignes directrices sur les éléments de base et la qualité, 2015:
<https://www.unfpa.org/essential-services-package-women-and-girls-subject-violence>
- ▶ ONUFEMMES, UNESCO, Lutte contre la violence de genre en milieu scolaires: Orientations mondiales, 2017:
<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000247236>

Depuis 25 ans, Sidaction fonde son existence sur un principe essentiel : réunir la recherche et le milieu associatif. Notre vocation est d'agir dans tous les domaines de la lutte contre le sida grâce à une expertise globale et transversale de l'épidémie.

L'ensemble des fonds nets collectés permettent à Sidaction de financer aussi bien des programmes de recherche que des associations d'aide aux personnes vivant avec le VIH, en France comme à l'international.



Ce document a été produit dans le cadre d'un projet cofinancé par l'AFD

Sidaction

228, rue du Faubourg Saint-Martin

75010 Paris

Tél. : 01 53 26 45 55

www.sidaction.org



Association reconnue d'utilité publique,
habilitée à recevoir legs et donations.