



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



PEPFAR

U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief

ANALYSE DES SERVICES D'ACTION CONTRE LES VIOLENCES BASÉES SUR LE GENRE DANS TROIS PAYS

AIDSTAR-One
AIDS SUPPORT AND TECHNICAL ASSISTANCE RESOURCES

MARS 2012

Cette publication a été réalisée avec le soutien du Plan d'urgence du président des États-Unis pour l'action contre le SIDA (PEPFAR en anglais) via l'Agence américaine de développement international (USAID) dans le cadre du contrat GHH-I-00-07-00059-00, projet AIDSTAR-One (AIDS Support and Technical Assistance Resources, Sector I, Task Order 1).

ANALYSE DES SERVICES D'ACTION CONTRE LES VIOLENCES BASÉES SUR LE GENRE DANS TROIS PAYS

Les opinions de l'auteur exprimées dans cette publication ne sont pas nécessairement conformes aux opinions de l'Agence américaine de développement international (USAID) ou du gouvernement des États-Unis.

Projet de soutien et de ressources d'assistance technique d'action contre le SIDA

Le projet AIDSTAR-One (AIDS Support and Technical Assistance Resources, Sector I, TaskOrder 1) est financé par le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour l'action contre le SIDA (PEPFAR en Anglais) via l'Agence Américaine de Développement International (USAID) dans le cadre du contrat GHH-I-00-07-00059-00, entré en vigueur le 31 janvier 2008. Le projet AIDSTAR-One est mis en œuvre par la société John Snow, Inc., en collaboration avec les entreprises et organisations suivantes : *Broad Reach Healthcare, Encompass, LLC, International Center for Research on Women, MAP International, Mothers 2 Mothers, Social and Scientific Systems, Inc., University of Alabama at Birmingham, the White Ribbon Alliance for Safe Motherhood* et *World Education*. Ce projet vise à fournir des services d'assistance technique aux équipes nationales d'action contre le VIH/SIDA et du gouvernement des États-Unis couvrant la gestion des connaissances, le leadership technique, la pérennité des programmes, la planification stratégique et le soutien à la mise en œuvre des programmes.

Citation Recommandée

Spratt, Kai. 2012. *Analysis of Services to Address Gender-based Violence in Three Countries* (Analyse des services d'action contre les violences basées sur le genre dans trois pays). Arlington, Virginie :USAID's AIDS Support and Technical Assistance Resources, AIDSTAR-One, Task Order 1.

Remerciements

Nous remercions les membres du groupe de travail technique sur le genre du Plan d'urgence du Président des États-Unis pour l'action contre le SIDA (PEPFAR en Anglais) pour leurs commentaires judicieux et leur vérification des aspects techniques du présent document. Nous remercions les équipes PEPFAR du gouvernement des États-Unis travaillant sur place au Vietnam, au Swaziland et en Équateur pour nous avoir donné l'autorisation d'effectuer les études de cas. Nous remercions également les autorités gouvernementales, les équipes de programme, les bénévoles et les victimes rencontrés dans le cadre des études de cas, en espérant que ces études de cas communiquent avec justesse leur engagement et leurs connaissances afin d'éliminer la violence basée sur le genre.

AIDSTAR-One

John Snow, Inc.
1616 Fort Myer Drive, 16th Floor
Arlington, VA 22209 USA
Téléphone : 703-528-7474
Télécopieur : 703-528-7480
Courriel: info@aidstar-one.com
Internet: www.aidstar-one.com

TABLE DES MATIÈRES

ACRONYMES	v
INTRODUCTION	1
MÉTHODOLOGIE.....	4
OBSERVATIONS.....	6
RECOMMANDATIONS.....	15
CONCLUSION.....	19
RÉFÉRENCES.....	21

ACRONYMES

CEPAM	Centro Ecuatoriano para la Promoción y Acción de las Mujeres (Centre équatorien de promotion et d'action féminine)
CDVIH	Conseil et dépistage du VIH
GEU	Gouvernement des États-Unis
HARSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
MS	Ministère de la Santé
ONG	organisation non gouvernementale
PEPFAR	Plan d'urgence du Président des États-Unis d'action contre le SIDA
PVVIH	personnes vivant avec le VIH
SWAGAA	Swaziland Action Group Against Abuse (Groupe d'action du Swaziland contre les abus)
USAID	Agence Américaine de Développement International
VBG	violence basée sur le genre

INTRODUCTION

La violence basée sur le genre (VBG ; voir la définition dans l'encadré 1) affecte entre 10 % et 70 % des femmes dans le Monde (Organisation Mondiale de la Santé 2005). Les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH), les personnes qui s'injectent des drogues, les personnes transgenres et les professionnels du sexe sont parmi les plus vulnérables aux VBG à cause de diverses inégalités de genre (Betron and Gonzalez-Figueroa 2009; Burns 2009; Sex Workers' Rights Advocacy Network 2009). Outre leurs répercussions sur presque tous les aspects de la santé et du développement, notamment la croissance économique, le niveau d'éducation et l'accès aux services de santé, les VBG constituent de l'avis général autant une cause qu'une conséquence des infections par le VIH, un virus devenu la principale cause de décès chez les femmes de 15 à 44 ans dans le Monde (Organisation Mondiale de la Santé 2005). Les VBG créent des conditions propices à la transmission du VIH chez les femmes car plusieurs d'entre elles sont victimes de rapports sexuels forcés et violents, ce qui les rend incapables d'exiger des mesures de protection contre la transmission d'infections sexuelles. De plus la crainte de violences empêche certaines femmes de demander des services contre le VIH.

Le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour l'action contre le SIDA (PEPFAR en Anglais) comporte cinq priorités de soutien à l'égalité des genres, incluant la réduction de la violence et de la coercition (**Groupe de travail interministériel sur le genre** de l'Agence Américaine de Développement International [USAID] 2008). En conséquence, PEPFAR a considérablement augmenté son financement des stratégies et programmes d'action contre les VBG. Par exemple, en Mai 2010, PEPFAR a annoncé un investissement de 30 millions \$US sur trois ans visant à renforcer les programmes d'action contre

Encadré 1. Définition de la violence basée sur le genre

De manière générale, une « violence basée sur le genre » est une violence dirigée contre une personne en raison de son sexe biologique, de son identité sexuelle ou son adhérence perçue à certaines normes sociales de masculinité ou de féminité. Elle couvre les abus physiques, sexuels et psychologiques, les menaces, la coercition, la privation arbitraire de liberté et la privation de dignité économique, autant dans la vie publique que privée.

La VBG peut se manifester sous plusieurs formes à toutes les étapes du cycle de la vie, depuis la phase prénatale, pendant l'enfance et l'adolescence, durant la phase de reproduction et même à un âge avancé (Moreno 2005). Les types de VBG sont nombreux et comprennent l'infanticide des filles, les pratiques traditionnelles néfastes comme les mariages précoces et forcés, les meurtres d'honneur, l'excision, les abus sexuels d'enfants, l'esclavage des enfants, le trafic de personnes, la coercition et les abus sexuels, la négligence, la violence domestique et les abus de personnes âgées.

Les femmes et les filles sont les plus menacées et les plus affectées par les VBG. Par conséquent, les expressions « violence contre les femmes » et « violence basée sur le genre » sont souvent utilisées de manière interchangeable. Cependant, les hommes et les garçons peuvent également être victimes de VBG, tout comme les minorités sexuelles ou de genre comme les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes ou les personnes transgenres. Quelle qu'en soit la cible, les VBG sont enracinées dans les inégalités entre les hommes et les femmes, et sont caractérisées par l'utilisation abusive d'un contrôle ou d'un pouvoir physique, émotionnel ou financier.

Source: Khan 2011 .

les VBG en République Démocratique du Congo, au Mozambique et en Tanzanie. La même année, PEPFAR a offert un soutien financier à 14 missions du gouvernement des États-Unis en Amérique Latine et en Afrique, afin de favoriser une expansion des programmes actuels d'action liés au genre. PEPFAR espère qu'un renforcement des capacités locales soutiendra l'émergence d'un environnement politique d'action volontariste dans chaque pays, se traduisant par une expansion et une pérennisation des services d'action contre les VBG.

L'un des principes fondamentaux de la stratégie PEPFAR II consiste à appuyer la pérennisation des programmes de prévention du VIH et de traitement, de soins et de soutien des personnes vivant avec le VIH, ainsi que de favoriser le développement de pratiques et de programmes à la fois novateurs et prometteurs. Pour briser les liens entre l'infection par le VIH et les VBG, il faut des interventions ciblées encourageant l'abandon des normes individuelles et communautaires qui perpétuent la violence contre les femmes et les autres groupes vulnérables (Gardsbane 2010; **Groupe de travail interministériel sur le genre** de USAID 2008; Orndorff et Natividad 2009). Mais pour arriver à un changement d'une telle ampleur, il faut un environnement politique d'action volontariste au niveau local, régional et national, ainsi qu'un lobbying continu et un financement à long terme (Rhodes et al. 2005). Plusieurs stratégies peuvent être employées pour que ces programmes demeurent fonctionnels: financement du secteur public; financement du secteur privé par le biais de fondations privées, de contributions d'entreprises privées ou de remboursements par des usagers (c.-à-d. la demande de paiement pour la prestation de services de santé) ou un mélange de financement public et privé.

Avec l'assistance du groupe de travail technique sur le genre du PEPFAR, le projet AIDSTAR-One (un projet mondial financé par le PEPFAR via USAID fournissant un soutien et une assistance technique aux équipes du gouvernement des États-Unis dans le Monde) a mis au point plusieurs ressources techniques explorant les relations entre les inégalités de genre, les VBG et le VIH. Ces ressources mettent l'accent sur l'identification et l'échange d'approches programmatiques prometteuses et sur la diffusion des meilleurs facteurs de réussite afin qu'ils soient reproduits et développés.

En 2010, l'équipe du projet AIDSTAR-One a effectué des études de cas dans trois pays où des services d'action contre les VBG étaient disponibles. Ces études de cas avaient les objectifs suivants :

- Analyser l'environnement politique lié à la prévention des VBG et aux services d'action contre le VIH à l'intention des victimes des VBG.
- Décrire les composantes des services existants, couvrant notamment le soutien dans les cas de crise, la défense et le soutien des victimes, l'éducation communautaire, la formation des effectifs, les activités de suivi/évaluation, le lobbying politique et les services de conseil.
- Décrire comment les programmes établissent des liens ou des relais avec d'autres programmes de soutien social et médical, notamment les programmes de planification familiale, de conseils et dépistage du VIH (CDV), de santé reproductive, de développement économique et d'assistance juridique.
- Résumer les stratégies de financement actuelles et futures à long terme de chaque programme.

Ces études de cas ont été développées pour aider les gestionnaires de programmes à concevoir, planifier et mettre en œuvre des stratégies visant à intégrer des actions contre les VBG dans les programmes et services existants de santé reproductive, de planification familiale et d'action contre

le VIH. Une analyse de ces études de cas réalisées au Vietnam, en Équateur et au Swaziland a permis de dégager cinq principaux résultats et huit recommandations générales.

MÉTHODOLOGIE

Ces études de cas ont été réalisées dans des pays ayant été délibérément choisis à la suite de rencontres avec des experts en VBG et divers professionnels de la santé. Chaque étude de cas présente des conditions distinctes en termes de géographie, de financement, de contexte politique et de perspectives de pérennisation. Les programmes choisis n'étaient pas nécessairement récipiendaires de financement du gouvernement des États-Unis.

Au Vietnam, l'équipe d'experts en genre du projet AIDSTAR-One a également réalisé une étude de cas indépendante sur l'intégration du genre dans les activités des programmes agissant auprès des populations très vulnérables (Spratt et Trang 2011). Cette approche a permis d'optimiser l'utilisation des ressources et de réduire les coûts. Le programme Équatorien comprend une riposte multisectorielle aux VBG à l'intérieur des services de santé, constituant un modèle que les experts en VBG reconnaissent comme pratique prometteuse. En Équateur, le gouvernement a également reconnu ce fait et s'efforce de développer cette approche partout dans le pays. La collaboration entre la société civile et les autorités gouvernementales n'est pas très répandue mais demeure importante pour développer les services de santé et d'action contre les VBG là où les ressources sont limitées. Le troisième programme, celui du Swaziland, constitue un exemple rare de programme existant depuis longtemps, se maintenant principalement grâce à des dons publics et des subventions à court terme pour des projets spécifiques, sans financement de base à long terme. Les programmes suivants ont été choisis :

- Programmes de VBG du Ministère de la Santé de l'Hôpital Général Duc Giang et de l'hôpital Hénéral Dong Anh, à Hanoï au Vietnam.
- Centro Ecuatoriano para la Promoción y Acción de las Mujeres (Centre Équatorien de promotion et d'action féminine, ou CEPAM), Guayaquil, Équateur
- Swaziland Action Group Against Abuse (Groupe d'action Swazi contre les abus, ou SWAGAA), Manzini, Swaziland.

Le personnel du projet AIDSTAR-One ou un consultant local a contacté l'équipe de chaque programme pour expliquer le but de l'étude de cas, ainsi que pour organiser des visites de site et programmer les entrevues. Les études de cas ont débuté par une analyse exhaustive des stratégies et politiques nationales sur les VBG, ainsi que des rapports et évaluations de programme. Ensuite, des entrevues ont été organisées avec des représentants des autorités gouvernementales locales et nationales, des organisations non gouvernementales (ONG) agissant contre les VBG et d'agences multilatérales fournissant du financement ou une assistance technique aux programmes (p. ex. le Fonds des Nations Unies pour le Développement de la Femme et le Fonds des Nations Unies pour la Population), ainsi qu'avec des intervenants professionnels et des bénévoles fournissant des services d'action contre les VBG, de même qu'avec des utilisateurs de ces services, dans la mesure du possible.

Un protocole standard de visite de site et des guides de réalisation d'entrevues a été élaboré et utilisé dans les trois pays, afin que les travaux couvrent les sujets suivant :

- Historique du programme
- Description de la population ciblée, du programme ou du mode d'utilisation des services, des activités de dépistage et d'orientation des personnes visées, des mesures d'assurance de qualité et des activités de formation
- Description des services offerts
- Défis à relever pour maintenir les services
- Innovations intégrées aux services
- Leçons que d'autres organisations devraient prendre en compte avant d'introduire de nouveaux services d'action contre les VBG
- Stratégies de pérennisation

Les informations ont été recueillies lors de visites de chaque site d'une durée d'environ 5 jours. En Équateur, les entrevues ont été réalisées directement dans la langue locale, alors qu'au Vietnam et au Swaziland, elles ont eu lieu en langue locale et en Anglais avec traduction simultanée.

OBSERVATIONS

1. Les appareils gouvernementaux de ces trois pays sont très différents, mais tous ont récemment adopté des politiques concernant la violence basée sur le genre (VBG).

Les programmes de VBG décrits dans les études de cas sont appliqués dans des États dont les sociétés civiles sont relativement faibles et dépourvus de directives opérationnelles, de protocoles ou de postes budgétaires à l'échelle nationale encourageant la pérennisation et l'accroissement des services contre la VBG.

Vietnam :La République Socialiste du Vietnam est un État à parti unique où tous les organismes politiques sont contrôlés par le Parti Communiste Vietnamien. Il n'existe aucune séparation de pouvoir entre l'exécutif, le législatif et le judiciaire. L'Assemblée Nationale, sous la direction du Parti Communiste, est l'organe représentatif suprême du peuple et le seul organisme pourvu du pouvoir législatif (U.S. Department of State 2010). En 1986, le gouvernement du Vietnam a mis en place une politique appelée *doi moi* (renouveau), ouvrant les systèmes économiques et politiques, qui a entraîné de rapides changements économiques et sociaux tels que l'émergence de groupe sociaux hors des rangs du Parti communiste (Thayer 2008). En 1992, une nouvelle Constitution a réaffirmé le rôle central du Parti communiste du Vietnam dans la politique et la société, traçant les grandes lignes de la réorganisation gouvernementale avec une plus grande liberté économique.

Au bout de sept ans de négociations, le gouvernement du Vietnam a adopté en 2007 la loi sur la prévention et le contrôle de la violence domestique qui définit la violence domestique comme « un acte délibéré, perpétré par un membre d'une famille, qui nuit à un autre membre de la famille ou qui lui cause des dommages physiques, émotionnels et économiques » (Hoang 2008, 39) quel que soit son sexe, son âge ou sa relation avec la(les) victime(s). Le ministère de la Culture, des Sports et du Tourisme est responsable de l'application générale de la loi et doit collaborer avec d'autres ministères afin d'élaborer et diffuser des directives d'application. Les dispositions de la loi comprennent des sanctions à l'endroit des auteurs de ces actes, des refuges pour les victimes de violence domestique, des interventions organisées par des comités de conciliation communautaires, l'élargissement de l'accès au soutien psychosocial familial, la promotion d'« adresses fiables » dans les communautés (foyers où les victimes peuvent trouver un refuge ou du soutien à court terme) ainsi que le contrôle régulier et la supervision de l'application de la loi. La loi est assez vaste et couvre tout acte délibéré perpétré par un membre d'une famille, ce qui s'applique notamment aux couples divorcés ou en union de fait (Hoang 2008). En 2010, le Ministère de la Santé a fait le premier pas pour mettre en œuvre cette loi en utilisant comme modèle le *Projet d'amélioration des services de santé face à la violence basée sur le genre* pour élaborer des directives obligeant tous les hôpitaux Vietnamiens à détecter les cas de violence domestique lors de tous les examens médicaux. Le Ministère de la Santé requiert l'utilisation à l'échelle nationale de matériels de formation adaptés au projet et d'outils de détection.

Équateur :Durant la majorité du vingtième siècle, l'Équateur a vécu des troubles économiques et politiques qui ont créé des cycles de gouvernements démocratiques éphémères renversés par des dictatures militaires. Depuis 1979, l'Équateur connaît de nouveau un régime démocratique mais ce pays fait toujours face à des problèmes de pauvreté, d'inégalités et de marginalisation de certains groupes ethniques. Depuis 2008, les dépenses du gouvernement dans le secteur social ont augmenté

considérablement. Les dépenses dans le secteur de la santé ont plus que doublé comparativement aux niveaux historiques et constituent aujourd'hui 3,5 % du PIB (environ 1,8 milliard de dollars américains). La couverture et les services relevant du système de soins gratuits ont été diversifiés, surtout pour les enfants et les femmes enceintes (Weisbrot et Sandoval 2009). L'Équateur a également des antécédents de politiques progressistes concernant la violence basée sur le genre. Cependant, ces politiques n'ont pas nécessairement été mises en œuvre de manière efficace. En effet, la police accepte souvent des pots-de-vin des agresseurs afin de ne pas traiter une plainte et les prestataires de services de santé hésitent à se lancer dans de longues procédures judiciaires, où ils sont menacés par les agresseurs et calomniés par les avocats. En 1995, l'Équateur a adopté une loi contre la violence exercée sur les femmes et la famille mais cette loi est mal connue et peu de femmes dénoncent les cas de violence domestique aux autorités ou tentent des recours en justice. En 2007, on remarque l'entrée en vigueur d'un plan national pour l'élimination de la violence basée sur le genre envers les enfants, les adolescents et les femmes, dans le cadre du décret présidentiel n° 620. Un comité multisectoriel de niveau ministériel est chargé de la supervision du plan. Ce comité travaille avec une équipe d'assistance technique composée de représentants de divers ministères et d'ONG connaissant la problématique des VBG, afin de développer et superviser les politiques établies dans le plan. Le plan national permet l'accès à la protection et aux services juridiques, la réalisation de campagnes médiatiques de prévention, l'implantation de modules sur la VBG dans les programmes scolaires, la mise en place de tribunaux spécialisés en VBG et de services de soutien (tels que les refuges et les lignes d'assistance), ainsi qu'un renforcement des capacités institutionnelles du gouvernement et du personnel des ONG. Une protection supplémentaire est promise dans l'article 66 de la nouvelle constitution de l'Équateur et celle-ci garantit une vie sans violence publique ou privée. L'article mentionne également l'adoption par le gouvernement de mesures de prévention et des sanctions contre la violence, en particulier envers les femmes, les enfants, les adolescents, les personnes âgées, les handicapés et les personnes défavorisées ou vulnérables. Ces mêmes mesures seront appliquées contre l'esclavage et l'exploitation sexuelle (Entité des Nations Unies pour l'égalité des genres et l'autonomisation des femmes, 2011).

Swaziland: Le Royaume du Swaziland est la dernière monarchie absolue d'Afrique. Selon la loi et les coutumes Swazi, S. M. le Roi Mswati III détient les pouvoirs suprêmes exécutifs, législatifs et judiciaires. Toutefois, conformément à la pratique courante, les pouvoirs du Roi sont délégués par le biais d'un système dualiste: d'une part, les organes statutaires tels que le cabinet, et d'autre part, les structures traditionnelles moins formelles. Le roi doit approuver toute législation adoptée par le parlement avant d'en faire une loi (U.S. Department of State 2011). Une nouvelle constitution adoptée en 2006 garantit l'égalité des droits des femmes et des hommes mais maintient le système dualiste de la législation qui reconnaît les lois civiles et traditionnelles. Les problèmes de mariage, de garde des enfants, de droits de propriété et de lois sur l'héritage restent principalement régis par la loi et les coutumes traditionnelles, lesquelles sont fortement basées sur des normes et pratiques patriarcales. Le bureau du vice-premier ministre regroupe l'Unité de l'égalité des genres et de protection de la famille, ainsi que une unité nationale de coordination pour les enfants. Des centres d'attention des problèmes de genre ont été créés dans chaque ministère afin de mobiliser et coordonner des programmes et initiatives de respect des genres. Les problèmes devant être résolus comprennent non seulement la lourdeur de l'infrastructure du bureau du vice-premier ministre, qui ralentit les procédures et la capacité d'effectuer le travail mais aussi la nomination de fonctionnaires du bas de la hiérarchie comme points de contact pour les problèmes de genre, lesquels manquent d'autorité et de pouvoir décisionnel.

Certaines évolutions positives récentes sont à noter, telles que la Politique nationale sur le genre de 2010, un document dont l'élaboration a duré 13 ans. Cette nouvelle politique doit aider à arriver à

l'égalité des genres prônée par la constitution. En outre, le gouvernement reconnaît la nécessité d'intégrer l'égalité des genres dans tous les documents de politique principaux, tel que mentionné dans la stratégie de développement national pour la période 1997-2022. Après plus de 10 ans de travail réalisé par les défenseurs de l'égalité des genres, une loi sur les agressions sexuelles et la violence domestique a été approuvée en Octobre 2011. Elle est en ce moment en instance de ratification par le Sénat. La version initiale de cette loi fut critiquée car jugée trop progressiste et a généré de vives discussions sur la « culture Swazi par rapport à l'égalité des genres ». La loi finale est un compromis où certaines questions litigieuses sont traitées, quoique dans une moindre mesure que les défenseurs de l'égalité des genres l'auraient souhaité.

Ces trois études de cas illustrent que même si ces pays ont pris des mesures importantes à l'égard de la violence basée sur le genre, le soutien politique permettant d'institutionnaliser et de renforcer ces services en dehors de quelques sites reste limité. L'abord de manière exhaustive de la violence basée sur le genre n'est pas encore une priorité dans les pays étudiés.

2. Les réponses à la VBG varient selon les pays.

L'offre de services liés à la VBG dans chacun des sites d'étude reflète trois différents types de ripostes : une approche axée sur un système de santé administré par le gouvernement au Vietnam, une ONG collaborant avec les autorités et fonctionnant grâce au soutien du gouvernement en Équateur, et une approche communautaire au Swaziland.

Vietnam: Les services liés à la violence basée sur le genre sont extrêmement limités au Vietnam. Les services mentionnés dans cette étude de cas, dépendants depuis 2010 du Ministère de la Santé de Hanoi, sont disponibles uniquement dans deux hôpitaux et dans un nombre restreint de communes¹ à proximité de ces hôpitaux. Divers autres programmes sont financés par d'autres donateurs et mis en œuvre par le biais d'autres partenaires gouvernementaux, mais la plupart sont de petite envergure, éparpillés dans le pays et se concentrent principalement sur la violence physique (Fonds des Nations Unies pour la Population 2007). En Équateur et au Swaziland, ces services sont disponibles sur un plus grand nombre de sites et vont au-delà du modèle médical de soins.

Un projet d'amélioration des services de santé face à la violence basée sur le genre a été mis à l'essai puis intégré aux services de santé dans deux hôpitaux de la ville de Hanoi. Mis en œuvre par le Centre d'études appliquées sur le genre et l'adolescence et le Conseil de la population, ce projet comporte trois éléments : le dépistage, l'orientation et les actions de sensibilisation et soutien communautaire. Tout le personnel médical et infirmier des services des urgences, d'obstétrique, de gynécologie, de chirurgie, ainsi que celui des cliniques externes, reçoit une formation de base sur la VBG. La formation couvre les définitions et les conséquences de la violence et enseigne aux participants à se servir d'un outil de dépistage comprenant trois questions,² à travailler avec les victimes et à collaborer avec la communauté afin d'offrir du soutien aux victimes de la VBG. Lorsqu'un cas de violence basée sur le genre est identifié, un traitement d'urgence est offert au besoin et la victime est orientée vers le centre de soutien de l'hôpital. Les services de soutien sont gratuits. Le projet ne finance pas les opérations routinières de CDV ou d'autres tests ou traitements liés aux infections sexuellement transmissibles, malgré le fait que certaines femmes sont orientées

¹Une commune est une unité administrative dépendante d'un district. Plusieurs communes forment un district.

²Les trois questions de dépistage sont les suivantes : 1) violence domestique : « Avez-vous déjà été battu(e), insulté(e), ou forcé(e) d'avoir des rapports sexuels par des membres de votre famille (mari, partenaire, membre de la famille) lorsque vous ne le vouliez pas ? » ; 2) Abus sexuels sur des enfants : « Parfois, lorsqu'elles sont très jeunes, les femmes sont agressées sexuellement (touchées de façon érotique); cela vous est-il arrivé ? » ; 3) le viol : « Avez-vous déjà été forcé(e) d'avoir des rapports sexuels par une personne que vous connaissez ou un étranger lorsque vous ne le vouliez pas ? »

vers le site de CDV de l'hôpital, qui est financé par d'autres donateurs. En ce qui concerne l'action communautaire, le personnel des hôpitaux et des deux centres de soutien visite mensuellement les communautés afin d'organiser des séances de communication liées à l'égalité des genres et à la VBG pour les membres d'organisations de masse telles que l'Union des producteurs agricoles et l'Union des étudiants ou les membres des communautés désirant y participer. Ces équipes soutiennent aussi les associations de victimes mais ne travaillent pas de manière exhaustive avec les jeunes, les écoles ou les programmes communautaires d'action contre le VIH.

Équateur: En Équateur, le CEPAM est l'une des rares organisations fournissant des services exhaustifs aux victimes de VBG cherchant un soutien. Les services offerts au CEPAM à Guayaquil comprennent des services de santé reproductive complets, de l'assistance juridique, du soutien psychologique, l'accès à des soins médicaux et du soutien social. L'équipe multisectorielle du CEPAM fournit ces services gratuitement grâce au financement du Ministère de l'investissement économique et social, le MIES. Le cas échéant, la victime peut être orientée vers un refuge, un service de santé spécialisé ou une agence en mesure de fournir un soutien économique. Les conseillers, toutes des femmes ex-victimes de VBG, passent par un processus intensif de soutien psychologique et une formation pour devenir des éducatrices communautaires et des défenseurs des droits de la femme, particulièrement au niveau des VBG. Une des caractéristiques déterminantes des programmes du CEPAM est son approche multisectorielle. Cette approche a permis aux usagers du CEPAM d'éviter la lourdeur bureaucratique et les multiples démarches nécessaires pour accéder aux divers services dont ils peuvent avoir besoin.

Le Plan national pour éliminer la VBG de 2007 est désormais mis en œuvre par le biais d'une collaboration entre ministères de divers secteurs et grâce à l'aide de nombreuses ONG locales ayant de l'expérience en matière de VBG. Le CEPAM est le meneur de ces ONG. Le CEPAM fournit d'ailleurs une assistance technique au MIES afin d'intégrer son modèle de services exhaustif à diverses institutions publiques à travers l'Équateur, ainsi que pour développer des normes, des protocoles et des directives opérationnelles d'accompagnement pour les services intégrés contre les VBG. Pareillement, l'Institut national pour la famille et les enfants (faisant également partie du MIES) a reçu une assistance technique de la part du CEPAM de Guayaquil en vue de développer un modèle de service en matière de VBG. Le MIES appuie un projet pilote visant à développer des services intégrés au niveau de la police de protection des femmes et des familles de la province de Guayas, ainsi qu'au niveau du bureau du procureur de la province de Guayas. La collaboration entre le CEPAM et le gouvernement a permis d'améliorer la qualité des services de VBG, notamment par une meilleure compréhension au sein du système judiciaire des multiples besoins des femmes victimes de violences.

Swaziland: Le SWAGAA a été fondé en 1990 en tant qu'ONG communautaire, gérée par des bénévoles, afin de fournir des services directs aux victimes de violence familiale ou d'agression sexuelle. C'est le seul organisme au Swaziland dont la tâche principale est d'aborder la question de la VBG. Aujourd'hui, les services offerts comprennent un programme d'éducation axé sur la prévention (programmes scolaires et communautaires), un numéro vert gratuit offrant une assistance et un soutien téléphoniques, des conseils en personne aux adultes et aux enfants, une prise en charge de dossiers, des services juridiques, des initiatives visant l'autonomie économique, un programme de participation des hommes, des actions de lobbying, des campagnes de sensibilisation communautaire et un programme d'orientation vers un réseau de fournisseurs de services. Les liens entre le VIH et la VBG sont explicites dans le programme du SWAGAA et les clients sont orientés vers un site de CDV lorsque nécessaire. Le SWAGAA travaille en partenariat avec des ONG et des agences gouvernementales telles que le bureau du vice-premier ministre, l'unité pour l'égalité des genres,

l'unité nationale de coordination pour les enfants, le ministère des Services sociaux, l'Unité de violence domestique de la police du Swaziland et les Services correctionnels du gouvernement. Un solide réseau d'orientation est en cours d'élaboration pour améliorer l'efficacité et l'utilisation des ressources disponibles, ainsi que pour assister le SWAGAA dans l'atteinte de son objectif principal : le soutien aux victimes de VBG.

Le SWAGAA offre des programmes d'éducation communautaire générale sur la VBG dans 24 communautés ainsi qu'un plan de sensibilisation et de lobbying sur la VBG à l'échelle nationale. Le SWAGAA a commencé à intégrer le VIH dans tous ses programmes bien avant que les donateurs et autres agences s'intéressent à cette question et de nombreuses victimes utilisant les services du SWAGAA signalent des problèmes de VBG et de VIH. Les stratégies organisationnelles des ONG ont évolué en augmentant l'importance de l'engagement des hommes et des garçons, en renforçant les activités de prévention de la VBG, en développant un réseau d'orientation afin d'augmenter la capacité de répondre aux besoins des victimes, ainsi qu'en adoptant une riposte plus stratégique envers la VBG. Les programmes continus du SWAGAA comprennent des activités de sensibilisation, d'éducation et de travail de proximité dans les écoles, la mise en place de club d'autonomisation des filles, l'initiative Lihlombe Lekukhalela (« Une épaule pour pleurer » - projet de protection de l'enfance créé par le gouvernement du Swaziland et le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance), et une initiative de participation accrue des hommes.

Il n'existe pas de modèle « taille unique » en matière de services de VBG. Cependant, tous les sites démontrent que la pérennisation et le développement des services de VBG dépendent de la collaboration entre le gouvernement et la société civile. Au Vietnam, les premiers efforts ont été réalisés dans le secteur de la santé, alors qu'en Équateur et au Swaziland, les efforts initiaux se sont faits au niveau communautaire. Le transfert des compétences nécessaires à l'augmentation des capacités (des experts de la société civile vers le gouvernement ou, dans le cas du Vietnam, du gouvernement vers les organismes communautaires) est un processus qui ne peut être complété en un jour. Pour arriver à des résultats durables, il faut un engagement, un financement et un partenariat à long terme.

Encadré 2. Le corps des femmes et le risque de VIH

Leurs changements hormonaux, la physiologie et l'écologie microbienne de leur vagin, ainsi que leur taux de prévalence plus élevé des infections transmises sexuellement, rendent les femmes, particulièrement les jeunes femmes, nettement plus susceptibles d'être infectées par le VIH que les hommes. Les femmes ont deux fois plus de probabilité que les hommes de contracter le VIH durant une relation sexuelle. Les relations forcées ou violentes peuvent également causer des frictions et des entailles pouvant favoriser l'entrée du VIH dans le corps des femmes. La combinaison de la vulnérabilité biologique avec les inégalités sociales, économiques et structurelles ont « féminisé » l'épidémie (Quinn and Overbaugh 2005).

3. Les services de CDV ne sont pas fournis de manière routinière sur tous les sites.

Le Swaziland connaît le taux de prévalence du VIH le plus élevé au Monde; les programmes de prévention du VIH y sont donc prioritaires lors de chaque intervention. Le lien entre le VIH et la VBG n'a pas encore été suffisamment abordé sur les sites des études de cas au Vietnam et en Équateur. Ces deux pays à faible prévalence connaissent une concentration du VIH dans les populations les plus exposées: les professionnels du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes et les consommateurs de drogues injectables au Vietnam ; les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, les personnes transgenres et les professionnels du sexe en Équateur. Ces populations n'utilisent pas forcément les services de santé publique, où les niveaux de

stigmatisation et de discrimination peuvent être élevés, et ne se sentent pas toujours les bienvenus dans les centres de services destinés aux femmes. Dans les pays à faible prévalence, la plupart des fournisseurs de soins de santé ne sont pas familiarisés avec le VIH ou peuvent assumer que les victimes de VBG ne provenant pas de populations les plus exposées risquent peu une exposition au VIH (voir l'encadré 2 expliquant pourquoi les femmes courent plus de risques d'exposition au VIH).

Vietnam : Jusqu'à la mise en œuvre de la deuxième phase du projet, le modèle de prestation de services ne comprenait pas une orientation vers un centre de dépistage d'infections sexuellement transmissibles ni de CDV pour les victimes de VBG. Des services de CDV n'ont pas été offerts dans plusieurs cas où ils auraient pu être nécessaires, en grande partie à cause de la nature du financement du projet : il s'agissait d'un projet de riposte à la VBG et non pas d'un projet de riposte à la VBG *et* au VIH; les activités de CDV n'étaient donc pas intégrées à la formation ou aux services offerts malgré le fait que des services gratuits de CDV étaient disponibles dans les deux hôpitaux.

Équateur : Le CEPAM s'est rendu compte qu'une stratégie efficace de renforcement de la riposte politique à la VBG consiste à présenter la situation en tant que problème social requérant une intervention active de toutes les institutions et de tous les membres des communautés. Bien que le CEPAM présente clairement la VBG comme un problème de santé affectant le développement et que le personnel engagé dans ce projet soit formé pour comprendre le lien entre la VBG et le VIH, des contraintes financières et politiques limitent la capacité du personnel du CEPAM à offrir des services de CDV ou de prophylaxie post-exposition. Les femmes requérant ces services sont orientées vers d'autres prestataires.

Swaziland: Le SWAGAA a abordé les liens entre l'épidémie du VIH et la VBG depuis presque une décennie ; il intègre l'éducation et les conseils relatifs au VIH dans tous ses programmes et services. La procédure de réception des clients recevant des conseils en personne comprend une question sur la connaissance de leur bilan VIH, mais les clients ne sont pas forcés de divulguer leur état. Les clients ignorant leur bilan sont encouragés à se rendre sur un site de CDV. Tous les clients reçoivent des conseils relatifs au VIH, dont une orientation vers des groupes de soutien pour le/la partenaire de personnes séropositives et des conseils sur des stratégies de prévention pour les personnes séronégatives ou qui ignorent leur état. Après les conseils initiaux, le SWAGAA oriente les personnes ayant survécu à une agression sexuelle (si celles-ci ont rapporté l'agression dans les 72 heures suivant l'incident) vers la Family Life Association (l'Association pour la vie de famille) du Swaziland afin de recevoir un service de contraception d'urgence et de prophylaxie post-exposition.

4. Le financement des programmes et réponses à la VBG sont insuffisants et précaires.

Vietnam : Les restructurations économiques ont réduit le financement central des services de santé publique, lesquels sont constamment sous pression pour que des frais soient demandés aux usagers afin de payer les salaires, les coûts d'exploitation et les services. Le financement des services de VBG n'est pas présentement inclus dans les budgets d'exploitation des hôpitaux ou dans les subventions accordées par le Ministère de la Santé. Les directives du Ministère de la Santé de 2012 requièrent la détection des cas de VBG par tous les hôpitaux mais ne spécifient pas la façon dont ces efforts seront financés ni la façon dont les coûts des services de conseil, d'orientation et d'approche communautaire seront couverts. Les administrations des hôpitaux peuvent décider de puiser dans leur propre budget pour rembourser au personnel les frais de dépistage et d'orientation des cas de VBG. Ainsi, la qualité et le niveau des services de VBG peuvent varier énormément au Vietnam selon le degré de priorité que les administrateurs des hôpitaux donnent aux services de VBG. Les administrateurs des deux hôpitaux présentés dans l'étude de cas montrent leur engagement envers la continuité de l'offre de services de VBG mais ne peuvent assurer un maintien du niveau présent car

ils dépendent du mécanisme de financement du Ministère de la Santé. En outre, le département de la santé de Hanoi, qui administre le financement des hôpitaux et des cliniques, n'a pas été en mesure de financer pleinement le niveau de services et les postes du personnel soutenu précédemment par le financement d'un donateur. En juillet 2010, un des hôpitaux de l'étude de cas n'avait conservé qu'un de ses deux conseillers à temps complet et s'est engagé à payer le salaire de ce conseiller au moins pour l'année suivante, mais il manque de fonds pour les activités d'approche communautaire et pour les coûts récurrents à long terme du centre de soutien. Dans le second hôpital, les services de VBG ont été jumelés à ceux du site de CDV pour compenser la perte d'un poste dans la clinique de VBG; quant aux activités d'approche communautaire, elles ont été réduites. Heureusement, certaines activités communautaires initiées par le biais du projet sont poursuivies grâce aux budgets d'associations locales de femmes et de producteurs agricoles.

Équateur: Le CEPAM a pu se positionner en tant que principal expert sur la VBG et a obtenu des financements de la part du gouvernement pour la mise en œuvre du Plan national d'éradication de la violence. Le CEPAM de Guayaquil a reçu un financement du gouvernement et fourni de l'assistance technique pour le développement de normes, protocoles et directives afin d'assurer des services intégrés de VBG dans de nombreux bureaux provinciaux de Guayas comme ceux de la Politique pour la femme et les familles. Cependant, la pérennisation de ce projet demeure un défi constant : le CEPAM est victime d'un sous-financement gouvernemental et le financement sporadique des divers donateurs internationaux ne permet pas de garantir la continuité des activités. Par exemple, lorsqu'un projet visant à organiser des activités et à renforcer les capacités des conseillers sur les droits des membres des communautés n'a plus été financé par les donateurs, ces conseillers ont cessé de rencontrer les membres des réseaux multisectoriels de riposte à la VBG pour coordonner leurs efforts de dépistage et d'orientation.

Des expériences de collaboration avec le secteur public démontrent qu'il est possible que le gouvernement et la société civile s'associent avec succès pour mettre en œuvre des services. Toutefois, le CEPAM et ses partenaires ont constaté qu'une participation et une direction trop soutenues de la part de la société civile peut mener le gouvernement à une dépendance excessive de cette société concernant la responsabilité de la riposte aux VBG.

Swaziland: Le SWAGAA est financé par des sources diverses, dont le gouvernement Swazi ne fait pas partie, malgré le fait que le SWAGAA traite des victimes de VBG envoyées par des institutions gouvernementales. Outre le PEPFAR, les donateurs viennent de sources privées, individuelles ou corporatives, de fondations locales et internationales, du Carrefour Canadien International, de l'Union Européenne, d'Irish Aid et de diverses agences des Nations Unies. Cependant, le SWAGAA n'a jamais bénéficié d'un seul grand donateur fournissant un soutien structurel durable. Ainsi, à n'importe quel moment, la pérennité du SWAGAA peut devenir précaire. Bien que le gouvernement, la société civile et les citoyens ordinaires accordent une grande importance aux contributions du SWAGAA à leur pays, le financement de cette organisation représente un défi permanent. Des entrevues montrent que le SWAGAA est pris pour acquit par de nombreux partenaires présumant que l'organisme s'en tirera toujours financièrement. La plupart des Swazis, comme ceux qui travaillent pour d'autres ONG, agences gouvernementales et donateurs déclarent que le SWAGAA fait partie du « tissu de la société Swazi », affirmant que la nation ne permettra jamais que l'organisme s'effondre à cause d'un manque de fonds. Cependant, le moral du personnel du SWAGAA est très affecté par la préoccupation constante de joindre les deux bouts et par la disponibilité des ressources nécessaires aux dépenses d'infrastructure et de programme.

5. Les programmes doivent promouvoir la participation des hommes et des garçons.

Dans ces trois pays, la violence contre les femmes est perçue comme faisant partie intégrale de la vie naturelle et cette perspective représente un obstacle majeur pour agir contre la VBG. On retrouve dans la communauté, la police et le système judiciaire un manque de sensibilité envers les droits fondamentaux des femmes, des enfants et de la jeunesse face à la violence. Le niveau d'engagement des hommes et des garçons envers le changement des normes de genre et la réduction des VBG dans le cadre de ces programmes varie énormément.

Vietnam: Il manquait au projet de l'étude de cas une composante d'implication des hommes et des garçons, ce qui réduisait les répercussions potentielles à long terme du projet.

Équateur : La collaboration avec les hommes ne fait pas encore l'objet d'une attention particulière de la part du CEPAM. La formation prévue dans le cadre du programme commence par des réflexions sur les droits et les normes de genre afin que les participants abordent les mythes sur les rôles des hommes et des femmes dans leurs relations et sur leurs conceptions de la sexualité. Par le biais de son Centre intégré d'aide aux adolescents et aux jeunes, le CEPAM travaille avec la jeunesse masculine dans le but de transformer les notions néfastes de masculinité, ainsi que pour accroître le respect des femmes et des filles. Présentement, le centre forme trois jeunes hommes animateurs-formateurs, sur le thème de la masculinité positive.

Swaziland : Afin d'établir une société plus favorable à l'équité des genres, le partenariat avec les hommes a été au cœur de l'action récente du SWAGAA. Le projet « Men for change » (des Hommes pour le changement) a été lancé en 2006 en réponse à une évaluation communautaire et à de nombreux commentaires suggérant que les hommes et les garçons devaient s'engager dans le programme pour que le SWAGAA puisse atteindre ses objectifs. Le projet est présenté aux communautés grâce à l'engagement du chef, des proches du chef et des autres hommes influents faisant partie de la structure traditionnelle du pouvoir de la communauté. Des animateurs-formateurs ont été formés dans les 24 communautés ciblées par le SWAGAA. Ils organisent des dialogues entre hommes, créant des occasions de se rassembler afin de discuter d'un grand nombre de sujets relatifs aux normes de genre. L'objectif de ce projet est d'impliquer les hommes en tant que partenaires actifs d'éradication de la VBG au lieu de les traiter simplement comme auteurs de ces actes. Bien que l'implication des hommes en tant que partenaires actifs d'éradication des VBG ait été une pratique bénéfique, le fait de servir une clientèle masculine sème le doute sur la façon appropriée de dépister les cas d'agression chez les hommes. Les hommes adultes représentaient 22 % des clients de l'exercice 2001-2002, 25 % pour l'exercice 2008-2009 (SWAGAA 2009) et 28 % pour l'exercice 2009-2010 (SWAGAA 2010). Le personnel rapporte que les conseils sont fournis non seulement aux hommes se déclarant victimes d'agressions mais aussi aux auteurs de ces actes. Ces auteurs reçoivent un soutien individuel en personne pour apprendre à maîtriser leur colère. Si les auteurs se repentent et que les couples veulent rester ensemble, ils reçoivent des conseils et des sessions de renforcement des communications.

RECOMMANDATIONS

1. Sortir la problématique des VBG du cadre des services de santé et l'intégrer dans toutes les activités de développement à travers PEPFAR et d'autres programmes.

Les VBG constituent une épidémie sociale et toutes les institutions, ainsi que tous les membres des communautés, doivent agir ensemble pour les prévenir et les réduire. De façon plus spécifique, les VBG constituent un problème de santé publique qui affecte la santé physique, sexuelle, reproductive, maternelle et mentale. La création de liens entre la problématique des VBG et les problèmes de droits humains, de santé et de développement aide à relever l'importance accordée aux VBG dans toutes les sphères de la société pour un jour y mettre terme. Dans les pays à faible prévalence du VIH ou ayant des épidémies concentrées les liens entre le VIH et les VBG intéressent moins les donateurs et les gouvernements que dans les pays à taux élevé de prévalence comme le Swaziland. Cependant, si les VBG ne reçoivent pas une attention adéquate, elles alimenteront l'épidémie dans les pays à faible taux de prévalence.

Le Vietnam a réalisé des progrès enviables concernant le troisième objectif de développement du millénaire (promouvoir l'égalité des genres et l'autonomisation des femmes) en réduisant la pauvreté et en augmentant le niveau d'éducation des filles, mais il sera difficile d'améliorer l'égalité des genres si les efforts d'action contre les VBG demeurent limités (Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes 2011). En Équateur, où la sécurité des citoyens est une priorité, le positionnement des VBG à titre de problème de sécurité a considérablement aidé le CEPAM à faire avancer sa cause. Au Swaziland, l'importance accordée par le SWAGAA à l'éradication des VBG et à la promotion des droits de la personne grâce à une grande variété d'activités ciblant stratégiquement les liens entre le VIH et les VBG a considérablement aidé à faire connaître le problème des VBG dans toutes les couches de la société.

2. S'assurer que des victimes de VBG et des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) participent de façon crédible aux discussions politiques, ainsi qu'à la planification et à la mise en œuvre des programmes.

Les victimes de VBG, leurs familles et les personnes affectées par le VIH sont complètement absentes du dialogue national, ainsi que du processus d'élaboration des politiques et de planification des programmes d'action contre les VBG, ce qui s'applique notamment au Vietnam mais aussi à plusieurs autres pays comme le démontrent d'autres recherches. Cependant, l'expérience des programmes mis en œuvre en Équateur et au Swaziland indique que ces victimes peuvent être d'ardents défenseurs et des porte-paroles efficaces. De manière générale, les programmes de VBG doivent s'engager à faire participer de façon significative des ex-victimes de VBG, leurs familles et les PVVIH dans le développement des politiques et des services de VBG, autant dans le secteur public que dans le secteur privé.

3. Faire adopter un budget national d'action contre les VBG.

Aucune des stratégies de financement décrites dans les trois études de cas n'offre de modèle durable pour la prestation de services de VBG. Sans un soutien financier à long terme, les politiques et les programmes ne peuvent pas être mis en œuvre de façon adéquate et durable. Dans les trois pays, on

a observé une mauvaise organisation des mécanismes de prestation des services de VBG. Au Vietnam, des directives du gouvernement national obligent tous les hôpitaux à effectuer un détection de VBG auprès de tous les patients mais ne définissent pas le financement de ces activités (ni des actions pouvant en découler). En Équateur, le plan national décrit des procédures d'institutionnalisation de la riposte aux VBG (comprenant la définition de budgets, la coordination du travail entre les administrations et l'exécution d'activités de suivi/évaluation) mais des efforts supplémentaires doivent être faits pour que ces procédures soient correctement financées et mises en œuvre. Au Swaziland, l'absence d'un budget raisonnable des autorités nationales pour l'Unité pour l'égalité des genres, l'Unité nationale de coordination pour les enfants et d'autres agences gouvernementales ayant pour mandat d'agir contre les inégalités de genre limite les capacités d'action de ces organismes, même lorsqu'ils disposent d'effectifs très motivés. Dans les trois pays, un budget national d'un montant suffisant doit être spécifiquement réservé aux VBG. Certains fonds destinés à des programmes de VIH devraient également être utilisés pour des actions contre les VBG, ce qui nécessitera une sensibilisation accrue sur les liens entre le VIH et les VBG.

4. Faire reconnaître que les VBG constituent autant un problème de développement et de droits de la personne qu'un problème de santé publique.

Un travail accru est nécessaire pour faire connaître les liens entre l'égalité des genres et le développement politique et social. La pauvreté et les inégalités de genre vont souvent de pair. L'égalité des genres peut aider à améliorer la productivité au travail, la santé publique et les résultats scolaires des enfants, ainsi qu'à rendre les institutions plus représentatives des populations qu'elles desservent (Banque Mondiale 2011). Une amélioration de l'égalité des genres est essentielle pour obtenir un véritable changement social, notamment au niveau des services relatifs aux VBG et au VIH. Dans les sociétés où les VBG sont considérées normales, de gros efforts supplémentaires doivent être faits au niveau communautaire pour faire connaître et faire respecter les droits des femmes, des filles et des minorités marginalisées afin que ces groupes cessent d'être victimes de violence et de coercition. Une évolution des normes concernant les VBG augmentera la probabilité que les communautés demandent elles-mêmes aux autorités locales une action efficace pour prévenir et éradiquer les VBG. Les donateurs et les gouvernements doivent investir dans des approches basées sur les droits de la personne et l'autonomisation pour créer des stratégies efficaces de changement social. En bout de ligne, l'appropriation par les communautés des efforts de réduction des VBG dépendra des leviers que des communautés dynamiques et informées pourront utiliser pour obtenir des ressources à long terme auprès des autorités gouvernementales et du secteur privé.

5. Faire émerger des militants anti-VBG au sein de la société civile, y compris des ex-victimes de VBG et des PVVIH.

Faire participer les membres de la communauté. L'expérience du CEPAM en Équateur a mis en lumière le fait que la société civile peut surveiller les actes des autorités et demander des comptes au gouvernement concernant les promesses d'action contre les VBG. Pour pousser les gouvernements et les autres intervenants à tenir leurs engagements et mettre en œuvre les politiques et les services ayant été promis, la société civile doit avoir les ressources pour soutenir et surveiller cette mise en œuvre, ainsi que pour émettre des jugements sur la qualité des services fournis. Pour cela, il faut que des groupes de la société civile comprenant des ex-victimes de VBG et des PVVIH participent activement à la planification, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des politiques et des programmes. Les représentants de la société civile peuvent s'assurer que les initiatives sont appropriées, qu'elles répondent aux besoins de la communauté et qu'elles arrivent à créer un changement social significatif. Les ex-victimes de VBG et les PVVIH peuvent être des lobbyistes

efficaces, particulièrement en sensibilisant les autres sur le quotidien des personnes qui vivent avec la violence ou avec le VIH.

Former et déployer des ex-victimes en tant que conseillers. Le SWAGAA et le CEPAM ont tiré des leçons importantes de leur collaboration avec des ex-victimes de VBG. Des ex-victimes sont devenues des conseillers actifs dans les communautés et d'autres ont mis sur pied des associations d'entraide fournissant un soutien immédiat et une orientation appropriée. Compte tenu que la plupart des victimes n'ont au début pas tendance à chercher un soutien auprès du secteur formel, cette stratégie permet de transformer des ex-victimes de VBG en ressources communautaires pouvant offrir une aide accessible à d'autres membres de leur communauté qui n'auraient autrement pas tendance à chercher de l'aide par crainte de représailles, par honte ou par simple ignorance. Les ex-victimes devenues militantes peuvent assurer le suivi à long terme nécessaire pour naviguer dans le système juridique et obtenir une assistance ou un suivi. Des ex-victimes de VBG adéquatement formées peuvent aussi briser le silence qui pèse sur les VBG, remettre en cause l'idée que la violence est une fatalité inévitable ou qu'il s'agit d'une affaire privée ne regardant que les familles. La formation d'ex-victimes de VBG et de PVVIH pour qu'elles deviennent des militants efficaces ne demande souvent qu'un investissement relativement faible mais peut augmenter l'impact et la pérennisation d'une gamme complète de services.

6. Développer des militants anti-VBG dans tous les niveaux de gouvernement.

Le degré d'appui pour des politiques anti-VBG peut varier chez les politiciens locaux, provinciaux et nationaux. Pour faire avancer la mise en œuvre des politiques contre les VBG, les militants doivent aider les personnes chargées de les mettre en œuvre à 1) comprendre que ces politiques sont importantes pour leur propre organisation ; 2) accepter que les politiques proposent une solution acceptable au problème ; 3) prendre conscience qu'une action immédiate de leur part est dans leur propre intérêt ; 4) développer les capacités nécessaires pour que les interventions nécessaires aient lieu (Spratt 2009). Pour que les politiques soient mises en œuvre, des militants sont nécessaires à tous les niveaux de gouvernement. Ces militants doivent être en mesure de persuader leurs homologues que la mise en œuvre d'une politique nationale contre les VBG est dans leur propre intérêt. Beaucoup d'efforts supplémentaires seront nécessaires pour renforcer les militants internes afin que les politiques bénéficient d'une attention appropriée lorsqu'elles sont disséminées et mises en œuvre au niveau des autorités locales. Ce constat s'applique particulièrement au Vietnam et au Swaziland (ainsi que dans d'autres pays comme la Chine et la Russie) où la société civile est faible ou bâillonnée par le gouvernement et où il y a peu de volonté politique d'agir contre les VBG. Des trois pays étudiés, l'Équateur offre le meilleur exemple de militantisme mais beaucoup de travail demeure encore à faire pour générer une volonté politique forte d'agir contre les VBG et d'offrir des services au niveau local.

7. Susciter l'engagement des hommes et des garçons.

Des trois organisations examinées, seul le SWAGAA avait un programme visant à susciter l'engagement des hommes et des garçons afin de faire changer les normes de genre et les inégalités néfastes créées par ces normes. Dans tous les cas, les VBG demeurent principalement considérées comme un problème de femmes, associé à des conflits familiaux. Cependant, un nombre croissant d'évaluations d'impacts réalisées en Asie, en Amérique Latine et en Afrique démontrent que des interventions bien conçues et bien mises en œuvre peuvent changer les attitudes des hommes et leurs habitudes concernant les rôles des genres, les relations de couple et le VIH. Plusieurs modèles et outils de programme sont maintenant disponibles et doivent être utilisés pour concevoir des

interventions pertinentes au niveau local, afin que les hommes et les garçons aident à prévenir les VBG, ainsi qu'à réduire la propagation et les effets du VIH. Les programmes d'action contre les VBG doivent synchroniser leurs efforts avec les programmes d'action sociale auprès des hommes et des garçons afin de faire changer les normes de genre qui perpétuent les inégalités de genre et les VBG (Greene and Levack 2010).

Certains participants des études de cas ont reconnu que des hommes et des garçons sont aussi victimes de violences physiques, sexuelles et psychosociales, mais seul le SWAGAA offrait des services aux hommes et aux garçons ou s'est intéressé au rôle des normes de genre sur les violences subies par des hommes et des garçons.

Dans l'ensemble, la riposte aux VBG doit se faire avec la participation du secteur public et du secteur privé, ainsi que d'ONG, afin de généraliser les programmes ayant démontré leur efficacité auprès des hommes et des garçons, ainsi que pour maintenir l'attention sur l'application nécessaire des lois et des politiques sur les VBG, aussi pour que la disponibilité des services aux victimes de VBG soit garantie à long terme. Il est essentiel de passer de la phase des petits groupes de sensibilisation des hommes et des garçons à une phase permettant d'arriver à un changement social profond et durable.

8. Soutenir une réponse globale aux VBG et au VIH.

Une réponse globale à la VBG et au VIH doit être basée sur des approches multisectorielles ; s'intéresser aux répercussions à plusieurs niveaux, notamment au niveau individuel, dans les familles, dans la communauté et à l'échelle nationale ; et comprendre plusieurs stratégies d'action contre la VBG et le VIH. Les recherches publiées mentionnent une grande variété d'interventions, notamment :

- Un cadre légal de droits de la personne, avec des lois et des politiques
- Une stratégie de remise en cause des normes, des rôles et des comportements
- Des interventions soutenant la sécurité économique des femmes
- Des projets promouvant l'autonomisation des femmes et l'acquisition de compétences de survie
- Des services complets à l'intention des victimes
- Une formation appropriée des professionnels
- Des activités de sensibilisation, d'approche communautaire et de mobilisation
- Éducation et conseils individualisés en personne (Gardsbane 2010).

Tous les programmes mentionnés dans les études de cas constituent seulement une partie de la riposte complète aux VBG et au VIH. Une riposte globale requiert une coordination efficace entre de nombreux intervenants, ainsi que des systèmes efficaces d'orientation des victimes et de gestion de cas.

CONCLUSION

Des programmes prometteurs dans des contextes très différents comportent des défis et des réussites souvent semblables au niveau des efforts de prévention et de réduction des VBG. Les organisations décidant d'agir contre la violence s'engagent dans une lutte à long terme pour s'assurer que des politiques efficaces de réduction des VBG sont adoptés et mise en œuvre. Les trois organisations décrites dans les études de cas sur les VBG répondent aux besoins des victimes de VBG, dont plusieurs réussissent à retrouver leur dignité et une vie normale, et attirent l'attention générale sur le problème des VBG. Cependant, aucune stratégie de financement (secteur privé, secteur public ou partenariat public/privé) ne s'est avérée suffisamment durable pour soutenir une réponse globale au problème des VBG ni pour créer des liens solides entre les efforts de prévention du VIH avec les efforts de prévention des VBG. À court et à long terme, les exigences des communautés et le soutien du secteur public comme du privé seront essentiels à la pérennisation et au développement des services de VBG étudiés et des autres services.

RÉFÉRENCES

- American Foundation for AIDS Research. 2005. *Gender-based Violence and HIV Among Women: Assessing the Evidence*. Issue Brief No. 3. New York, NY: American Foundation for AIDS Research.
- Betron, M., and E. Gonzalez-Figueroa. 2009. *Gender Identity, Violence and HIV among MSM and TG: A Literature Review and a Call for Screening*. Washington, DC: Futures Group International, U.S. Agency for International Development Health Policy Initiative, Task Order I.
- Burns, Katya. 2009. *Women, Harm Reduction, and HIV: Key Findings from Azerbaijan, Georgia, Kyrgyzstan, Russia and Ukraine*. New York, NY: Open Society Institute.
- Gardsbane, D. 2010. *Gender-based Violence and HIV*. Arlington, VA: USAID's AIDS Support and Technical Assistance Resources, AIDSTAR-One, Task Order I.
- Greene, M. E., and A. Levack. 2010. *Synchronizing Gender Strategies: A Cooperative Model for Improving Reproductive Health and Transforming Gender Relations*. Washington, DC: U.S. Agency for International Development.
- Hoang, M. H. 2008. Vietnamese Legislation on Combating Domestic Violence. *Social Sciences Information Review* 2(4):37–43.
- Interagency Gender Working Group of the U.S. Agency for International Development. 2008. *Addressing Gender-based Violence through USAID's Health Programs: A Guide for Health Sector Program Officers*, Second Edition. Washington, DC: Interagency Gender Working Group of the U.S. Agency for International Development.
- Khan, A. 2011. *Gender-based Violence and HIV: A Program Guide for Integrating Gender-based Violence Prevention and Response in PEPFAR Programs*. Arlington, VA: USAID's AIDS Support and Technical Assistance Resources, AIDSTAR-One, Task Order I.
- Moreno, Claudia. 2005. *WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women: Initial Results on Prevalence, Health Outcomes and Women's Responses*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Orndorff, S., and M. D. F. Natividad. 2009. Special Symposium on Gender-based Violence in Global Health. Introduction. *Global Public Health* 4(5):448–452.
- Quinn, T., and J. Overbaugh. 2005. HIV/AIDS in Women: An Expanding Epidemic. *Science* 308(5728):1582–1583.
- Rhodes, T., M. Singer, P. Bourgois, S. F. Friedman, and S. A. Strathdee. 2005. The Social Structural Production of HIV Risk Among Injecting Drug Users. *Social Science & Medicine* 61:1026–1044.
- Sex Workers' Rights Advocacy Network. 2009. *Arrest the Violence: Human Rights Violations Against Sex Workers in 11 Countries in Central and Eastern Europe and Central Asia*. Sex Workers' Rights Advocacy Network in Central and Eastern Europe and Central Asia (SWAN).
- Spratt, K. 2009. *Policy Implementation Barriers Analysis: Conceptual Framework and Pilot Test in Three Countries*. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Initiative, Task Order I.

- Spratt, Kai, and Quach Thi Thu Trang. 2011. *Breaking New Ground: Integrating Gender into CARE's STEP Program in Vietnam*. Case Study Series. Arlington, VA: USAID's AIDS Support and Technical Assistance Resources, AIDSTAR-One, Task Order I.
- Swaziland Action Group Against Abuse. 2009. *Swaziland Action Group Against Abuse: Annual Report 2008/2009*. Manzini, Swaziland: Swaziland Action Group Against Abuse.
- Swaziland Action Group Against Abuse. 2010. *Swaziland Action Group Against Abuse: Annual Report 2009/2010*. Manzini, Swaziland: Swaziland Action Group Against Abuse.
- Thayer, C. A. 2008. "One-Party Rule and the Challenge of Civil Society in Vietnam." Presentation to Remaking the Vietnamese State: Implications for Vietnam and the Region, Vietnam Workshop, City University of Hong Kong, August 21–22. Disponible sur www.viet-studies.info/kinhte/civilsociety_thayer.pdf (accès en mars 2011)
- Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes. 2011. *Handbook for National Action Plans on Violence Against Women*. New York, NY: United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women. Disponible sur www.un.org/womenwatch/daw/vaw/handbook-for-nap-on-vaw.pdf (accès en mars 2011)
- Fonds des Nations Unies pour la population. 2007. *Gender-based Violence Programming Review*. Disponible sur <http://vietnam.unfpa.org/public/lang/en/pid/5268> (accès en septembre 2010)
- U.S. Department of State. 2010. "Background Note: Vietnam." Disponible sur www.state.gov/r/pa/ei/bgn/4130.htm (accès en février 2011)
- U.S. Department of State. 2011. "Background Note: Swaziland." Disponible sur www.state.gov/r/pa/ei/bgn/2841.htm (accès en février 2011)
- Weisbrot, M., and L. Sandoval. 2009. *Update on the Ecuadorian Economy*. Washington, DC: Center for Economic and Policy Research. Disponible sur www.cepr.net/index.php/publications/reports/update-on-the-ecuadorian-economy/ (accès en février 2011)
- Banque mondiale. 2011. *World Development Report 2012: Gender Equality and Development*. Washington DC: World Bank.
- Organisation mondiale de la Santé. 2005. *WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Disponible sur www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/en/ (accès en janvier 2011)

Pour de plus amples informations, prière d'aller sur aidstar-one.com.

AIDSTAR-One

John Snow, Inc.

1616 Fort Myer Drive, 16th Floor

Arlington, VA 22209 USA

Téléphone : 703-528-7474

Fax: 703-528-7480

Courriel : info@aidstar-one.com

Internet: aidstar-one.com