



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

ACTION COLLECTIVE DE L'USAID POUR RÉDUIRE LA VIOLENCE BASÉE SUR LE GENRE (CARE-VBG)

Éléments fondamentaux des programmes de lutte contre la violence basée sur le genre dans le développement

Section 3.5. Éléments de programme spécifiques au secteur).

Traiter la VBG par le biais des programmes de santé mondiale

Services d'analyse IV - Livraison indéfinie - Quantité indéfinie (IDIQ)

Contrat N°. 7200AA19/D00006/7200AA20F00011

Cette action a été rendue possible grâce à l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) et au soutien généreux du peuple américain. Development Professionals, inc. et Making Cents International, LLC, sont responsables du contenu par le biais du contrat AID Analytical Services IV IDIQ Task Order Collective Action to Reduce Gender-Based Violence (CARE-VBG) Contrat # 7200AA19D00006/7200AA20F00011. Ce matériel ne reflète pas nécessairement les opinions de l'USAID ou du gouvernement des États-Unis.

ACRONYMES ET ABREVIATIONS

AGYW	Filles adolescentes et jeunes femmes
ARCHES	Aborder la coercition reproductive dans les établissements de soin
CARE-GBV	Action collective pour réduire la violence basée sur le genre
CDC	Centres américains de contrôle et de prévention des maladies
CEFMU	Child, early, and forced marriage and unions (Mariages et unions d'enfants, précoces et forcés)
COP/ROP (PEPFAR)	Plan opérationnel national/Plan opérationnel régional
DREAMS	Determined, Resilient, Empowered, AIDS-free, Mentored, and Safe (Déterminé, Résistant, Habilité, Sans SIDA, Guidé et Sûr)
EpiC :	Atteindre les objectifs et maintenir le contrôle de l'épidémie
FGM/C	Female genital mutilation/cutting (Mutilation génitale féminine/excision)
FP	Planification familiale
GBVI	Initiative contre la violence basée sur le genre
GREAT	Gender Roles, Equality, and Transformation (Rôles, égalité et transformation du genre)
IASC	Inter-Agency Standing Committee (Comité permanent inter-agences)
IRH	Institute for Reproductive Health (Institut de la santé reproductive).
IST	Infection sexuellement transmissible
LGBTQI+	Personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres, queers et intersexuées, ainsi que celles ayant d'autres orientations sexuelles et identités de genre
LINKAGES	Liens à travers le continuum des services VIH pour les populations clés affectées par le VIH
LIVES	Écouter, s'enquérir des besoins et des préoccupations, valider, renforcer la sécurité et soutenir
OMS	Organisation mondiale de la santé
PEP	Prophylaxie post-exposition
PEPFAR	Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le SIDA
PrEP	Prophylaxie préexposition
RH	Santé reproductive

SOGIESC	Orientation sexuelle, identité de genre, expression de genre et caractéristiques sexuelles
SSR	Santé sexuelle et reproductive
UNFPA	Association des Nations Unies pour le planning familial
UNICE	Fonds des Nations unies pour l'enfance.
USAID	United States Agency for International Development. (Agence des États-Unis pour le développement international)
VBG	Violence basée sur le genre
VPI	Violence entre partenaires intimes

Introduction

Ce document explique pourquoi les programmes de santé mondiale de l'USAID doivent intégrer des programmes de lutte contre la violence basée sur le genre (VBG) et détaille des stratégies spécifiques pour y parvenir. Des exemples de programmes sont fournis pour illustrer la façon dont les stratégies peuvent être intégrées dans les programmes de santé mondiale, et des liens vers des outils et des ressources sont fournis pour des informations supplémentaires.

Ce document fait partie des *Éléments fondamentaux pour la programmation de la violence basée sur le genre dans le développement*, qui comprennent les principes de base, les éléments de programme (prévention, atténuation des risques, réponse, environnement favorable) et les éléments de processus. Idéalement, les lecteurs se familiariseront avec ces sections des *Éléments fondamentaux* avant de lire ce dossier. Au minimum, les lecteurs doivent se familiariser avec les sections suivantes avant d'examiner ce dossier :

- Section 1.0. Introduction
- Section 3.2. Éléments du programme : Atténuation des risques.
- Section 4.0. Éléments du processus
 - Valeurs, culture organisationnelle et leadership (Exemple de programme Un cadre pour la protection des participants aux programmes)
 - Planification et conception stratégiques (analyse de genre et cartographie du réseau de référence)

Les stratégies décrites dans ce dossier sont organisées par niveaux du modèle socio-écologique : individuel, interpersonnel, communautaire et structurel. Les interventions efficaces contre la VBG comprennent généralement des stratégies qui s'adressent à plusieurs niveaux du modèle socio-écologique. Chaque stratégie est également qualifiée de prévention, d'atténuation des risques, de réponse ou d'environnement favorable (voir section 3.0. Éléments du programme : Aperçu).

Pourquoi les programmes de santé mondiale devraient aborder la VBG

La VBG est une violation des droits de la personne et a des effets directs et indirects sur la santé physique et mentale. Les conséquences négatives de la VBG sur la santé comprennent les blessures, les grossesses non désirées, la morbidité maternelle, la transmission du VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles (IST), les troubles de la santé mentale, les complications liées à l'accouchement, la mortalité infantile (OMS 2021a), ainsi qu'une moindre initiation et poursuite du traitement antirétroviral chez les personnes séropositives (Machtiger et coll. 2012). Les coûts sociaux et économiques de la VBG (y compris l'utilisation accrue des soins de santé, la perte de productivité et de salaire, et les impacts émotionnels et mentaux à long terme du fait d'être témoin de la VBG sur les enfants) sont également bien documentés (Garcia-Moreno et coll. 2015, CDC 2003, Walby 2009, Bonomi et coll. 2009).

Voici quelques exemples de VBG (voir le glossaire pour des définitions complètes) et de ses effets sur la santé :

- La violence entre partenaires intimes (VPI) a un impact négatif sur les comportements de recours aux soins, comme l'accès aux soins prénataux, au traitement du VIH et à la suppression virale, ainsi qu'aux services de santé infantile (OMS 2005, Bonomi et coll. 2009).
- La coercition reproductive désigne les comportements qui interfèrent avec la prise de décision autonome d'une personne en matière de contraception et de grossesse. Les exemples incluent le sabotage de la contraception et la coercition lors de la grossesse (Grace 2016). La coercition reproductive est associée à un risque accru de grossesse non désirée (Grace 2018) et de diagnostic d'IST (Fay 2018).
- Les violences sexuelles augmentent le risque d'infection par le VIH et les IST, de grossesse non désirée et de lésions génitales telles que les fistules, et peuvent provoquer des traumatismes émotionnels et des troubles de la santé mentale.
- Les mariages et unions d'enfants, précoces et forcés (CEFMU) sont étroitement associés à des grossesses précoces (FNUAP 2015), à une mauvaise nutrition maternelle et infantile, à des complications de la grossesse et à une augmentation de la mortalité maternelle et infantile (FNUAP 2015).
- Le mariage précoce est également associé à un risque accru d'IST et de VIH, ainsi qu'à un risque accru de VPI future (Nour 2006).
- Les mutilations génitales féminines/excisions (MGF/E) peuvent entraîner des infections, des complications en matière de santé reproductive et sexuelle, et dans certains cas, même la mort (OMS 2021a).
- Le manque de respect et les abus dans les soins de maternité peuvent contribuer à la méfiance à l'égard du système de santé, ce qui conduit à éviter les soins prénataux et les services de travail et d'accouchement qualifiés, avec pour conséquence des résultats négatifs en matière de morbidité et de mortalité maternelles et néonatales (Manning et coll. 2018).

Les épidémies de maladies infectieuses émergentes, comme Ebola en Afrique de l'Ouest et la COVID-19 au niveau mondial, ont directement conduit les femmes et les filles à un risque plus élevé de VPI et d'autres formes de violence familiale en raison des tensions accrues au sein du foyer et du fait qu'elles ont été confinées avec des membres violents de la famille pendant les confinements (UNFPA 2020).¹ Cette tendance a conduit ONU Femmes à qualifier la violence contre les femmes de « pandémie de l'ombre » de la COVID-19 (ONU Femmes 2020). Des risques accrus d'autres formes de VBG, notamment l'exploitation et les abus sexuels, ont également été signalés pendant Ebola et la COVID-19 (UNFPA 2020). De plus, l'accès aux soins et à l'assistance vitale pour les survivants de VBG (c'est-à-dire la gestion clinique du viol et l'assistance psychosociale) a diminué en raison de la mobilité limitée des survivants et de la dépriorisation des systèmes de soins de santé surchargés par la réponse à l'épidémie. Les effets de la COVID-19 ont également exacerbé le risque et l'incidence du CEFMU en raison de l'augmentation de la pauvreté, de l'insécurité alimentaire et des filles rendues orphelines par la pandémie (UNICEF 2021).

¹ Pour plus d'informations, consultez : CARE-VBG (À paraître). « Comment prévenir, atténuer et répondre à la violence sexiste pendant la pandémie de COVID-19 ». Washington, D.C. : USAID.

Alors que la VBG est reconnue comme un problème de santé publique critique, les politiques de santé de nombreux pays ne l'abordent pas de manière adéquate. En outre, les prestataires de santé, notamment les bénévoles et les travailleurs de la santé communautaires, les médecins et les infirmières en établissement, les sages-femmes et les accoucheuses traditionnelles, ainsi que les prestataires de santé mentale, sont souvent mal équipés pour soutenir efficacement les victimes de VBG (OMS 2013). Si les prestataires de soins de santé ne reconnaissent pas le rôle de la maltraitance dans les résultats de la santé reproductive et infantile, ils peuvent ne pas apprécier pleinement l'effet qu'elle peut avoir sur la santé et le bien-être de leurs patients, ce qui conduit à des soins et des résultats de santé non optimaux et à une mauvaise expérience globale du système des soins de santé. De plus, dans certains cas, les prestataires de santé se rendent coupables de VBG et de violations des droits de la personne, notamment en refusant de fournir des services de santé aux personnes ayant une orientation sexuelle, une identité de genre, une expression de genre et des caractéristiques sexuelles différentes (SOGIESC) et aux travailleurs du sexe (Evens et coll. 2019, Lanham et coll. 2019, Dayton et coll. 2020) et en médicalisant la MGF/E. Il existe un impératif éthique pour que les acteurs et les systèmes de santé soient préparés à fournir le plus haut niveau de soins et de soutien aux survivants de la VBG, ainsi qu'à réduire la menace de contribuer aux risques de VBG et aux traumatismes secondaires (Bott 2004).

L'intégration de la VBG dans les programmes de santé mondiale de l'USAID est une occasion précieuse de fournir des programmes et des services de santé de qualité aux personnes qui y sont exposées ou qui en sont victimes. Outre le fait qu'il s'agit de la chose adéquate à faire, l'intégration de la VBG peut améliorer les résultats sanitaires sur lesquels de nombreux programmes de santé mondiale de l'USAID cherchent à agir, tels que l'incidence du VIH, les grossesses non planifiées, les troubles mentaux et les résultats en matière de santé reproductive et maternelle (Bott 2004).

Comment les programmes de santé mondiale peuvent traiter la VBG

Les stratégies mentionnées ci-dessous pour intégrer la VBG dans les programmes de santé mondiale sont interconnectées. Par exemple, pour intégrer l'atténuation et la réponse à la VBG dans les services de santé de routine et spécialisés (stratégie n° 4), les prestataires de santé doivent être formés à la réponse à la VBG (stratégie n° 3). Il est recommandé de combiner les stratégies pour lutter efficacement contre la VBG.

Stratégie n° 1 : Transformer les attitudes, les croyances, les normes et les comportements en matière de prévention et de réponse à la VBG

(prévention, réponse, environnement favorable)

(niveaux du modèle socio-écologique : individuel, interpersonnel, communautaire, structurel)

Les stratégies fondées sur des données probantes pour prévenir la VBG comprennent la transformation des normes et des comportements sexistes nuisibles aux niveaux individuel, familial, communautaire et structurel (voir section 3.1. Éléments du programme : Attitudes, croyances et normes transformées). Les programmes du secteur de la santé peuvent et doivent intégrer cette stratégie dans la conception des projets afin d'en optimiser les résultats.

Au niveau individuel, cela implique des interventions qui réduisent le risque de subir des VBG, notamment en augmentant la protection sociale, en réduisant la vulnérabilité économique et en renforçant l'autonomie. Un exemple de programme est le partenariat DREAMS (Determined, Resilient,

Empowered, AIDS-free, Mentored, and Safe), qui est financé par le plan d'urgence du Président américain pour la lutte contre le sida (PEPFAR) et mis en œuvre dans 15 pays d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes. Bien que l'objectif principal du programme soit de réduire les nouvelles infections au VIH, il est également axé sur la réduction des risques de VBG chez les adolescentes et les jeunes femmes (AGYW) en fournissant un ensemble complet d'interventions de base pour traiter les facteurs clés qui rendent les filles et les jeunes femmes vulnérables au VIH. Outre la VBG, ces facteurs comprennent la vulnérabilité économique, l'abandon scolaire, les grossesses non désirées et le manque d'accès à un soutien et à des services de santé sexuelle et reproductive (SSR) adaptés aux jeunes. DREAMS combine plusieurs interventions à la fois, de sorte que les jeunes filles et les jeunes femmes sont entourées d'un soutien essentiel pour les protéger du VIH et de la VBG. Ces soutiens comprennent (1) la guidance et l'autonomisation à l'aide de programmes fondés sur des données probantes dans des espaces sûrs, tels que *Stepping Stones* ; (2) des activités de renforcement économique, telles que des associations villageoises d'épargne et de crédit, des formations professionnelles et des voies d'accès à l'emploi ; (3) le renforcement du soutien des parents et des soignants ; (4) la mobilisation communautaire et les activités de changement de normes au sein des communautés à l'aide d'approches telles que *SASA !* ; et (5) un accès amélioré à des services de SSR adaptés aux jeunes (Birdthistle et coll. 2021, Manda et coll. 2021).

Au niveau interpersonnel, les interventions auprès des parents et des couples peuvent réduire la VPI, la violence domestique et la violence contre les enfants. Des séances de sur les pratiques parentales utilisant des programmes tels que *Families Matter! Program* ou *Parenting for Lifelong Health* peuvent aider les soignants à comprendre les risques et les signes de VBG chez leurs enfants et à développer des compétences de communication pour parler de la violence avec leurs enfants. Les interventions qui incitent les couples à transformer les normes, les croyances et les attitudes peuvent contribuer à améliorer les résultats en matière de santé, comme l'augmentation du recours à la planification familiale (PF). Les approches comprennent des groupes de dialogue animés séparés avec des couples ou des dialogues combinés animés avec des couples sur la communication, la résolution des conflits et la prise de décision. Les interventions qui impliquent les hommes doivent adopter une approche fondée sur les droits, synchronisée et transformatrice de genre (afin que le soutien masculin ne devienne pas un contrôle masculin sur la santé et le comportement des femmes), en encourageant la prise de décision équitable au sein des couples, ainsi que la communication et la résolution non violente des conflits.

Au niveau communautaire, cette stratégie consiste à faire appel à des mobilisateurs communautaires, des défenseurs ou des organisations de femmes pour diriger la mobilisation communautaire ou les dialogues interpersonnels. L'objectif est d'influencer un changement positif des normes sociales pour la prévention et la réponse à la VBG. Ces dialogues stimulent l'autoréflexion et la discussion transformationnelle avec les dirigeants et les membres de la communauté, les partenaires, les adolescents et les parents, et se concentrent sur le traitement des normes de genre inéquitables qui contribuent à l'acceptation et à la prévalence élevées de la CEFMU, de la violence contre les enfants, du blâme des victimes et de la stigmatisation des survivants de la GBV. Les dialogues peuvent également fournir aux membres de la communauté des informations sur les services de lutte contre la VBG disponibles à proximité et, dans certains cas, sur des membres de la communauté en qui l'on a confiance et qui peuvent fournir une orientation vers les services de santé pour les soins cliniques liés à la VBG, ainsi que vers les services non cliniques également en relation avec celle-ci. L'approche *SASA !*, une intervention de mobilisation communautaire axée sur la transformation des normes de genre pour réduire le VIH et la VPI, a fait l'objet d'une évaluation rigoureuse et s'est révélée capable de diminuer l'acceptation sociale de la VPI et de réduire les expériences de VPI pendant au moins 12 mois après la fin de l'intervention (Abramsky et coll. 2014).

Au niveau structurel, les activités doivent se concentrer sur le plaidoyer en faveur de la budgétisation intégrant la dimension de genre, de la coordination entre les parties prenantes, de la responsabilité et de la supervision (comme les lois, les politiques et les stratégies de mise en œuvre). En outre, les activités

devraient inclure le renforcement des capacités des gouvernements nationaux et locaux et des systèmes de santé, ainsi que des audits réguliers sur le genre et des supervisions d'assurance qualité.

Stratégie n° 2 : Former les prestataires de santé à répondre à la VBG en offrant un soutien de première ligne et, le cas échéant, une orientation vers des services cliniques post-VBG

(réponse)

(niveaux du modèle socio-écologique : individuel, structurel)

Les survivants de la VBG désignent les prestataires de soins de santé comme les professionnels auxquels ils feraient le plus confiance en cas de divulgation de la violence (OMS 2013). Ils se trouvent donc dans une position unique pour créer un environnement sûr, privé et confidentiel permettant une écoute empathique, tout en offrant une réponse appropriée et en orientant les patients vers d'autres services. Les prestataires de premiers soins, de soins VIH, de PF, de santé reproductive (SR) et de soins prénataux, ainsi que les acteurs de santé communautaires et traditionnels (par exemple, les accoucheuses traditionnelles et les guérisseurs traditionnels) et les pairs éducateurs doivent être formés pour apporter un soutien de première ligne aux clients qui révèlent des expériences de violence en utilisant l'approche de l'OMS consistant à **écouter, s'enquérir** des besoins et des préoccupations, **valider, renforcer la sécurité et soutenir** (résumé en anglais par LIVES). Pour les survivants de violences sexuelles, les prestataires de santé doivent également proposer ou orienter les clients vers les services suivants, conformément aux directives de l'OMS (OMS 2021b) :

- Recueillir les antécédents, examiner, évaluer l'état émotionnel et effectuer un examen médico-légal, si nécessaire
- Traiter les éventuelles blessures physiques
- Proposer une prophylaxie post-exposition (PPE) pour la prévention du VIH (dans les 72 heures suivant l'agression)
- Proposer une contraception d'urgence (dans les 5 jours suivant l'agression)
- Proposer une prophylaxie ou un traitement présomptif des IST
- Évaluer la santé mentale, discuter de l'autogestion de la santé et planifier les visites de suivi

Les prestataires de soins de santé qui ne sont pas formés à la violence liée au sexe doivent connaître les ressources disponibles et comprendre comment et quand procéder à un référencement guidé par la compassion. (HRH2030 2020).

L'approche « ne pas nuire », la fourniture de soins sans jugement et la reconnaissance des normes à l'origine de la VBG sont des éléments fondamentaux de la lutte contre cette dernière (voir section 2.0. Principes fondamentaux). Les survivants peuvent trouver difficile de parler de leurs expériences de VBG avec des prestataires de soins de santé par crainte de la stigmatisation, du blâme de la victime ou d'une violence supplémentaire (Ali 2018). Ces défis peuvent être aggravés pour les personnes qui subissent des formes d'oppression qui se combinent, comme les femmes âgées, les femmes issues de groupes minoritaires, les femmes handicapées et les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres, queer et intersexuées, ainsi que celles d'autres orientations sexuelles et identités de genre diverses (LGBTQI+) (Ali 2018). Les hommes et les garçons peuvent être confrontés à des obstacles lorsqu'il s'agit de parler de leurs expériences de VBG en raison des normes relatives à la masculinité (Donne et coll.). 2018). Les prestataires de soins peuvent renforcer la confiance, le confort et la recherche d'aide en offrant une écoute et des soins empathiques et compréhensifs à tous les patients, ce qui permet aux victimes de VBG de rechercher de l'aide et un soutien. Les prestataires de santé ont besoin de connaissances et de compétences appropriées pour favoriser cette confiance et fournir un soutien adéquat (Ali 2018, OMS 2021b).

Les prestataires de soins de santé, ainsi que toute autre personne susceptible d'interagir avec les victimes de la VBG doivent être formés et supervisés non seulement sur les compétences susmentionnées, mais aussi sur l'approche « ne pas nuire », les principes fondamentaux centrés sur le survivant et les soins tenant compte des traumatismes, qui sont des éléments clés de l'approche LIVES décrits dans les principes fondamentaux (voir section 2.0. Principes fondamentaux). Cependant, il est important de garder à l'esprit que, dans de nombreux pays, les prestataires de soins de santé sont souvent désignés comme rapporteurs obligatoires en cas de maltraitance d'enfants. Il faut donc trouver un équilibre entre les soins centrés sur les survivants et les exigences en matière de rapports obligatoires, lorsque ces deux lignes directrices sont en contradiction l'une avec l'autre. Dans la plupart des cas, cela signifie que les prestataires informent les clients de leurs obligations de signalement avant de leur poser des questions sur la violence ou les abus ou s'ils anticipent une divulgation spontanée d'abus de la part de survivants enfants ou concernant un survivant enfant. Selon un rapport de l'OMS de 2021, seuls 26 % des pays disposant d'une politique en matière de violence à l'égard des femmes mentionnent l'obligation pour les prestataires d'informer les clients des limites de la confidentialité (OMS 2021c). Les exigences en matière de rapports obligatoires ne doivent pas empêcher la prestation de soins appropriés ou le signalement de cas soupçonnés de VBG y compris la maltraitance des enfants.

Outre ces compétences, les prestataires de services de santé doivent être guidés dans un processus d'auto-évaluation et de réflexion sur leurs propres préjugés et leurs croyances profondes concernant le genre et la violence, car les prestataires de services de santé sont des membres de la communauté et ont souvent les mêmes croyances en matière de VBG que leur entourage. Même avec une formation adéquate, si un prestataire croit que la victime est responsable de son expérience de la violence ou que la violence est justifiée dans certaines situations, la victime risque de se sentir jugée ou mal à l'aise pour révéler la violence et pourrait subir un traumatisme secondaire pendant la divulgation. Les prestataires de soins de santé et le personnel des établissements devraient également être en mesure de fournir des soins respectueux du genre et sans jugement aux personnes de SOGIESC diverses afin de réduire les expériences de violences émotionnelles perpétuées dans les établissements de soins de santé. Il s'agit d'une approche essentielle d'atténuation des risques et d'une partie de la création d'un environnement sûr dans un modèle de prévention.

Un autre élément clé pour assurer la qualité des services offerts aux survivants de violences sexuelles est le suivi de la disponibilité des produits, y compris la contraception d'urgence, la PEP et le traitement des IST.

Stratégie n° 3 : Intégrer l'atténuation et la réponse à la VBG dans les services de soins de santé de routine et spécialisés

(atténuation des risques, réponse)

(niveau du modèle socio-écologique : structurel)

L'intégration de la VBG dans les services de santé est l'occasion de répondre aux multiples besoins sanitaires et sociaux des patients. Par exemple, l'intégration des services de réponse dans les services de PF et de SR a démontré une réduction de la coercition reproductive et de la VPI et une augmentation de l'autonomie reproductive chez les femmes et les filles (voir l'exemple n° 3 ci-dessous). En outre, il peut améliorer l'état de santé reproductive d'une femme en augmentant l'adoption et l'utilisation continue d'une méthode contraceptive.

Le Plan opérationnel national/Plan opérationnel régional (COP/ROP) PEPFAR 2022 recommande d'intégrer la demande de renseignements de routine ou clinique sur la VBG,² le soutien de première ligne, et la réponse clinique et non clinique à la VBG dans les services de la chaîne clinique du VIH. L'enquête de routine est requise dans les services de dépistage des cas de référence financés par le PEPFAR, les services de notification des partenaires et les services de prophylaxie préexposition (PrEP), tandis que l'enquête clinique est recommandée dans les services de soins et de traitement du VIH. Le fait de poser des questions sur les expériences de VBG dans le cadre d'une enquête de routine ou d'une enquête clinique dans les services de santé (lorsque les conditions minimales³ pour poser des questions sur la violence peuvent être remplies par les établissements et les prestataires de santé) augmente la probabilité d'identifier les survivants de la VBG et de leur répondre efficacement, ainsi que de traiter la VBG comme un facteur sous-jacent du risque de VIH. Cette approche contribue à atténuer le risque de VBG en identifiant les personnes pour lesquelles le fait de discuter de certaines questions de santé (comme le statut VIH) avec leurs partenaires n'est pas sûr. En outre, les clients qui révèlent leur expérience ou leur crainte de la VBG peuvent bénéficier de services VIH adaptés qui tiennent compte de l'effet de la VBG sur les résultats du VIH. Par exemple, les utilisateurs de la prophylaxie préexposition (PrEP) peuvent recevoir des conseils sur la manière d'utiliser cette dernière en toute sécurité dans le contexte d'une relation violente, ce qui favorise la prévention du VIH et atténue la VPI. En outre, les personnes qui révèlent des violences peuvent être mises en relation avec des services post-violence, où les prestataires offrent « un soutien axé sur le client et tenant compte des traumatismes, afin de répondre à l'ensemble des besoins émotionnels, physiques, de sécurité et de soutien des survivants » (PEPFAR 2022 COP/ROP).

Stratégie n° 4 : Mettre en œuvre des politiques et des protocoles pour prévenir et répondre au harcèlement et à la violence sur le lieu de travail à l'encontre du personnel, ainsi qu'à l'exploitation et aux abus sexuels des participants au programme

(prévention, réponse)

(niveau du modèle socio-écologique : structurel)

Les établissements ou systèmes de soins de santé, tant publics que privés, doivent disposer de politiques et de protocoles pour prévenir et répondre au harcèlement et à la violence sur le lieu de travail, y compris le harcèlement sexuel, les abus physiques, sexuels et émotionnels, la lutte contre les représailles en cas de signalement de violations et la protection des enfants. Tout le personnel de l'établissement ainsi que les agents de santé communautaires affiliés doivent être formés aux politiques et aux structures de signalement des violations présumées (ONU Femmes 2019). Les participants au programme doivent également être informés des politiques de protection existantes et avoir accès à des mécanismes de plainte au niveau de la communauté et de l'établissement (IASC 2016). Des audits externes doivent être régulièrement menés pour démontrer que les politiques sont respectées et que des mesures appropriées sont prises en réponse aux violations signalées (voir la section 4.0. Éléments du processus : Valeurs, culture organisationnelle et leadership)

² « L'enquête de routine sur la VPI est définie comme le fait de demander à tous les patients qui se présentent pour des services spécifiques de parler de leurs expériences de violence ou de leur peur de la violence. [...] L'enquête clinique signifie que les prestataires sont formés pour identifier les signes et symptômes potentiels de violence. Lorsqu'un clinicien formé identifie une personne qui présente ces signes et symptômes, il l'interroge sur ses expériences de violence ou sa peur de la violence. [...] L'enquête clinique signifie que les prestataires sont formés pour identifier les signes et symptômes potentiels de violence. Lorsqu'un clinicien formé identifie une personne qui présente ces signes et symptômes, il interroge le patient sur son expérience de la violence, plutôt que de poser cette question à tout le monde » (PEPFAR 2022 COP/ROP).

³ Conditions minimales pour poser des questions sur la violence : (1) une procédure opérationnelle standard, une aide au travail ou un algorithme indiquant ce qu'un prestataire doit faire si un client révèle des actes de violence ; (2) des prestataires formés à la manière de poser des questions sur la violence et de répondre aux révélations de violence ; (3) un cadre privé ; (4) la confidentialité assurée ; et (5) un système de référencement en place.

Stratégie n° 5 : Promouvoir l'inclusion de la VBG dans les politiques et stratégies de santé au niveau national et des districts, et suivre leur mise en œuvre

(environnement favorable)

(niveaux du modèle socio-écologique : structurel)

Les décideurs politiques, les responsables des soins de santé et les organismes de financement ont tous un rôle à jouer pour que le système de santé réponde efficacement à la VBG. Les défenseurs des droits et les responsables des soins de santé peuvent inciter les décideurs, les gouvernements locaux et les établissements de santé à prendre plusieurs mesures pour lutter contre la VBG au niveau structurel et politique. Il est important de noter que si l'établissement de politiques en matière de VBG est une étape essentielle pour mettre fin à la violence, les gouvernements ne parviennent pas toujours à traduire ces politiques en actions (Rottach et coll.). 2018). Un rapport de l'OMS de 2021 a montré que quatre pays sur cinq disposent de plans d'action nationaux multisectoriels pour prévenir la violence à l'égard des femmes. Toutefois, moins de la moitié des pays disposent de directives sanitaires correspondantes pour lutter contre la violence à l'égard des femmes (OMS 2021c).

Les actions suivantes sont recommandées et comprennent à la fois des activités de changement de politique et de mise en œuvre (PRB et coll. 2010, OMS 2016, PEPFAR 2022 COP/ROP, Rottach et coll. 2018, OMS 2021c) :

- S'engager publiquement à traiter la VBG comme une violation des droits de la personne et un problème de santé publique.
- S'assurer de la disponibilité des financements, notamment des allocations budgétaires, pour lutter contre la VBG et former des coalitions pour plaider en faveur d'une augmentation des allocations budgétaires.
- Approuver des directives et des protocoles pour la réponse à la VBG.
- Engager des fonds pour la formation des professionnels de la santé à la VBG et insister pour que les programmes de formation soient modifiés de manière à inclure la VBG.
- Soutenir les liens et renforcer la coordination entre les secteurs, en particulier entre les forces de l'ordre, les services de santé et les autres services sociaux pour soutenir les survivants.
- Assurer la surveillance et la responsabilité de la mise en œuvre des politiques et des programmes.
- Supprimer les frais relatifs aux les soins cliniques post-VBG, y compris la recherche de preuves médico-légales.
- Renforcer les organisations qui fournissent des services VIH/VBG ainsi que cliniques et sociaux intégrés aux survivants de la violence.
- Développer des outils de diffusion de la politique sur la VBG, tels que des infographies et des aides à l'emploi dans les langues locales.
- Communiquer de manière adéquate la politique et les directives aux districts et aux prestataires de santé.
- Développer les programmes communautaires de prévention de la VBG.

S'attaquer aux obstacles opérationnels (tels que la faiblesse des systèmes de fourniture de contraceptifs) et aux normes rigides culturelles et de genre qui sont en opposition avec les objectifs de la politique de lutte contre la VBG. Un exemple d'inclusion de la VBG dans les politiques nationales et locales est l'Initiative inter-agences contre la violence basée sur le genre (GBVI) du PEPFAR en Tanzanie, qui visait à

intégrer la prévention et la réponse à la VBG dans les programmes VIH existants, y compris au niveau des politiques (voir exemple n° 5 ci-dessous). Voir d'autres approches de programme pour créer un environnement favorable à la programmation de la GBV dans la Section 3.4. Éléments du programme : Environnement favorable.

Il est également important de soutenir le développement et la mise en œuvre d'une politique de lutte contre la VBG qui guide une réponse multisectorielle. L'OMS affirme que bon nombre des facteurs de risque et des déterminants de la violence qui existent au sein des communautés se situent en dehors du système de santé (OMS 2016). Pour ce faire, les gouvernements et les décideurs politiques doivent mener une réponse holistique, intégrée et coordonnée entre les différents secteurs, les disciplines professionnelles et les institutions gouvernementales, privées et non gouvernementales. En tant qu'effort global de prévention multisectoriel, le système de santé peut soutenir l'expérimentation et l'évaluation de la prévention de la violence dans d'autres secteurs, informer les politiques multisectorielles de prévention de la violence, soutenir de puissants mécanismes de référencement parmi les survivants de la violence et plaider avec d'autres secteurs pour s'attaquer aux facteurs de risque et aux déterminants de la violence. Ceci est conforme à la Section 4.0. Éléments du processus : Coordination et collaboration.

Exemples de programmes :

Exemple n° 1 : Projet sur les rôles des genres, égalité et transformation

Le projet GREAT (Gender Roles, Equality, and Transformation - Rôles des genres, égalité et transformation) de l'USAID a été développé dans le but de réduire la VBG et d'améliorer les résultats de la PF et de la SR parmi les adolescents et leurs communautés dans la région post-conflit du nord de l'Ouganda. L'institut de santé reproductive (IRH), Save the Children et Pathfinder International, ainsi que les partenaires locaux Straight Talk Foundation et Concerned Parents Association, ont mis en œuvre le projet de 2010 à 2019.

En tant qu'intervention transformatrice dans le domaine du genre, GREAT a utilisé des activités participatives pour encourager la réflexion critique et le dialogue, lutter contre la désinformation et soutenir l'action collective afin de favoriser des normes plus saines et plus équitables. Le modèle GREAT se compose de quatre éléments complémentaires : (1) une mobilisation communautaire menée par les dirigeants de la communauté pour promouvoir et soutenir le changement, (2) une série de pièces radiophoniques, (3) des liens avec les services de PF et de SR par l'intermédiaire d'agents de santé communautaires, et (4) une boîte à outils pour la mobilisation communautaire. Il a été conçu pour que les groupes existants et les structures de gouvernance locales puissent le mettre en œuvre et l'étendre avec des apports modestes en temps et en argent afin d'atteindre un point de basculement pour réaliser un changement social.

Selon une évaluation finale de l'impact du projet, GREAT a conduit à des améliorations significatives des attitudes et des comportements parmi les personnes que l'intervention a touchées (IRH 2016). Les adolescents et les adultes qui ont entendu le programme radio ou participé aux activités de réflexion ont signalé des changements positifs en matière d'égalité des genres, de communication avec les partenaires, d'utilisation de la PF et d'attitudes à l'égard de la VBG (IRH 2016). GREAT continue d'être mis en œuvre par des organisations au nord de l'Ouganda, et a été adapté et mis en œuvre dans plusieurs pays du monde.

Exemple n° 2 : Liens entre LINKAGES (Linkages across the Continuum of HIV Services for Key Populations Affected by HIV - Liens à travers le continuum des services liés au VIH pour les populations clés affectées par le VIH) (2014-2019) et le projet EpiC (Meeting Targets and Maintaining Epidemic Control - atteindre les objectifs et maintenir le contrôle épidémique) (2019-2024)

Les projets LINKAGES et EpiC, financés par l'USAID et dirigés par FHI 360, mènent une série d'activités visant à réduire la transmission du VIH parmi les populations clés (travailleurs du sexe, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, personnes transgenres et personnes qui s'injectent des drogues) et à améliorer leur inscription et leur rétention dans les soins du VIH. Les activités du projet améliorent la prévention du VIH et la chaîne de soins en augmentant la portée des populations clés les plus exposées au risque de contracter ou de transmettre le VIH, en promouvant le dépistage systématique du VIH et le conseil, et en inscrivant activement les personnes séropositives aux soins et en soutenant les interventions qui leur permettent de continuer à se soigner.

Dans le cadre de l'approche d'intégration du genre de LINKAGES et d'EpiC, FHI 360 a utilisé les directives normatives mondiales et les meilleures pratiques pour lutter contre la violence à l'égard des populations clés afin de développer des directives de programmes flexibles qui ont été déployées dans plus de 20 pays. Les outils de réalisation comprennent des protocoles et des procédures opérationnelles standard, ainsi que des formations sur la prévention et la réponse à la VBG pour le personnel et les partenaires du projet, les prestataires de santé, les pairs éducateurs et les forces de l'ordre. En

République dominicaine, cette approche s'est traduite par une détection accrue des cas de VBG, la fourniture d'un soutien de première ligne aux victimes de violence et l'établissement de liens avec les services de santé, le soutien psychosocial et le soutien juridique (Dayton et coll. 2020, 360–2019).

Exemple n° 3 : Projet ARCHES (Addressing Reproductive Coercion in Health Settings - Aborder la coercition reproductive dans les établissements de santé) financé par la Fondation Bill et Melinda Gates

Le projet ARCHES est un programme fondé sur des données probantes visant à réduire la coercition en matière de procréation et la VPI, et il est dispensé dans le cadre des services de conseil en PF de routine. Les prestataires sont formés pour mener les trois composantes de l'intervention ARCHES : (1) éducation et évaluation universelles des clients concernant la VPI et la coercition reproductive ; (2) discussion sur les comportements de réduction des risques pour réduire les risques de grossesse non désirée, de victimisation par la VPI et de coercition reproductive ; et (3) orientation vers des services d'aide aux victimes de VPI (y compris la fourniture de ressources liées à la VPI à tous les patients, indépendamment de leur déclaration). Le programme a démontré une réduction de la coercition reproductive et de la VPI ainsi qu'une augmentation de l'autonomie reproductive chez les femmes et les filles aux États-Unis par le biais de deux essais contrôlés randomisés qui ont impliqué plus de 4 000 patientes de la PF (Miller et coll. 2011, Mejdoubi et coll. 2016, 22–2015).

ARCHES a été adapté au contexte kenyan et est actuellement mis en œuvre et évalué dans six cliniques communautaires de Nairobi. Les premiers résultats de l'évaluation indiquent que les taux de révélation de la VBG sont bien plus élevés dans ce modèle intégré que dans d'autres modèles cliniques cherchant à identifier et à soutenir les survivants de la VBG : Plus de 80 % des patients de la PF qui avaient été victimes de coercition reproductive et 70 % des patients qui avaient été victimes de VPI ont ensuite, après avoir été dépistés, révélé ces expériences à un prestataire formé par ARCHES. Conformément au protocole du programme, ils ont été orientés vers des services et des ressources en matière de VPI, selon les besoins (Silverman et coll.). 2019). Plus particulièrement, les femmes et les jeunes filles bénéficiant de l'intervention ARCHES étaient deux fois plus susceptibles de recevoir un traitement de PF lors de leur visite que les patientes des cliniques de contrôle (AOR 2,0, IC 95 % 1,1-3,5) (Silverman et coll.). 2019).

Exemple n° 4 : Une campagne pour atteindre les survivants de la VPI avec l'accès à la PF en Inde

Le projet SHOPS Plus India de l'USAID, dirigé par Abt Associates, s'est associé à Momspresso pour mettre en œuvre une campagne numérique de sensibilisation à la coercition reproductive. La campagne a été lancée par une célébrité et, par la suite, amplifiée par des influenceurs Instagram clés, ainsi que par des professionnels de la santé via la plateforme en ligne populaire Momspresso, touchant ainsi 24 millions de femmes. Les objectifs de la campagne étaient d'améliorer les connaissances des femmes sur ce qui constitue la VPI, de les aider à comprendre que le refus de la contraception est une forme de violence et de renforcer leur capacité à accéder aux informations sur la PF.

Les résultats des réponses à l'enquête menée auprès des femmes exposées à la campagne suggèrent que celle-ci a permis de mieux faire connaître le refus de contraception comme une forme de VPI. Après l'exposition à la campagne, le pourcentage de femmes qui considéraient le refus d'un partenaire masculin d'utiliser un moyen de contraception comme une forme de violence domestique est passé de 31 à 57 %, et le pourcentage de femmes qui considéraient le fait de ne pas avoir leur mot à dire en matière de contraception comme une forme de violence et d'abus est également passé de 56 à 81 %. La campagne encourageait également les femmes à appeler la ligne d'assistance SHOPS Plus si elles étaient victimes de VPI ou si elles souhaitaient des informations sur la PF. Les femmes qui ont appelé ont fait l'objet d'un examen et, le cas échéant, ont été orientées vers l'organisation non gouvernementale indienne Shakti

Shalini pour recevoir des conseils et un soutien spécialisés en matière de VPI. Après la campagne, les appels à la ligne d'assistance ont augmenté de 25 %. Des partenariats stratégiques, des messages réfléchis et des activités complémentaires de communication sur le changement social et comportemental ont été des éléments importants du succès de la campagne.

Exemple n° 5 : Initiative inter-agences contre la violence basée sur le genre (GBVI) du PEPFAR en Tanzanie

Un exemple d'inclusion de la VBG dans les politiques nationales et de district est le PEPFAR Interagency GBVI en Tanzanie, qui visait à intégrer la prévention et la réponse à la VBG dans les programmes VIH existants, y compris au niveau des politiques. Avant la mise en place de la GBVI, le gouvernement tanzanien disposait de peu de politiques et de directives au niveau national pour la mise en œuvre des activités de lutte contre la VBG. Deux des réalisations les plus significatives de la GBVI ont été le soutien apporté au ministère de la Santé et de la Protection sociale et au ministère du Développement communautaire, du Genre et de l'Enfance dans la création et la diffusion de la *Directive politique nationale pour la prévention et la réponse à la VBG dans le secteur de la santé* et des *Directives nationales de gestion pour la prévention et la réponse à la VBG* (Simmons et coll. 2016). Ces documents d'orientation intègrent et rendent opérationnels les services de lutte contre la VBG dans les établissements de santé, en ciblant les points de prestation de services liés au VIH, tout en impliquant les services sociaux et les policiers. Le GBVI a également travaillé avec le Ministère de la Santé et du Bien-être social pour intégrer la VBG dans les programmes de formation initiale des cliniciens et des infirmières, afin que la formation à la VBG puisse être intégrée à tous les niveaux du secteur de la santé (Simmons et coll.). 2016).

Outils et ressources

Guides d'intervention

- Institute for Reproductive Health. 2019. *REAL Fathers Implementation Guidelines*. Washington, D.C. : IRH. Consulté le 10 juin 2022. <https://irh.org/resource-library/real-fathers-implementation-guidelines/>.
- ———. 2016. *Projet GREAT : How-to-Guide*. Washington, D.C. : IRH. Consulté le 10 juin 2022. https://irh.org/wp-content/uploads/2016/06/GREAT_Project_How-to-Guide.pdf.
- Consortium OPTIONS, EpiC, RISE et CHOICE. 2020. *HIV Prevention Ambassador Training Package and Toolkit*. Durham, NC : FHI 360. Consulté le 10 juin 2022. <https://www.prepwatch.org/resource/ambassador-training-package-toolkit/>.
- PROMISE Collaboration, CHOICE Collaboration. 2021. *HIV Prevention Ambassador Training Package for Adolescent Girls and Young Women (2nd edition)*. Durham, NC : FHI 360. Consulté le 10 juin 2022. <https://www.prepwatch.org/resource/ambassador-training-package/>.
- Organisation mondiale de la santé (OMS). 2018. *Manuel INSPIRE : Action for Implementing the Seven Strategies for Ending Violence Against Children*. Genève, Suisse : OMS. Consulté le 10 juin 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/inspire-handbook-action-for-implementing-the-seven-strategies-for-ending-violence-against-children>.

Directives

- Dayton R, GJ Morales et KS Dixon. 2019. *LINKAGES : A Guide to Comprehensive Violence Prevention and Response in Key Population Programs*. Durham, NC : FHI 360. Consulté le 10 juin 2022. <https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/resource-linkages-vpr-guide.pdf>.

- HRH2030. 2020. *Defining and Advancing a Gender-Competent Family Planning Service Provider: A Competency Framework and Technical Brief*. Arlington, VA : USAID. Consulté le 10 juin 2022. <https://hrh2030program.org/gender-competency-tech-brief/>.
- International Rescue Committee. 2012. *Caring for Child Survivors of Sexual Abuse: Guidelines for Health and Psychosocial Service Providers in Humanitarian Settings*. New York, NY: IRC. Consulté le 10 juin 2022. <https://gbvresponders.org/wp-content/uploads/2014/07/CCS-Guidelines-lowres.pdf>.
- Khan A. 2011. *La violence basée sur le genre et VIH : A Program Guide for Integrating Gender-Based Violence Prevention and Response in PEPFAR Programs*. Arlington, VA : USAID. Consulté le 10 juin 2022. https://ovcsupport.org/wp-content/uploads/Documents/GenderBased_Violence_and_HIV_A_Program_Guide_for_Integrating_GenderBased_Violence_Prevention_and_Response_in_PEPFAR_Programs_1.pdf.
- Organisation mondiale de la santé 2017. *Responding to Children and Adolescents Who Have Been Sexually Abused*. Genève, Suisse : OMS. Consulté le 10 juin 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550147>.
- ———. 2013. *Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence against Women: WHO Clinical and Policy Guidelines*. Genève, Suisse : OMS. Consulté le 10 juin 2022. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85240/9789241548595_eng.pdf.

Ressources pour les prestataires de soins de santé

- Day K et J Pierce-Weeks. 2013. *The Clinical Management of Children and Adolescents Who Have Experienced Sexual Violence: Technical Considerations for PEPFAR Programs*. Boston, MA : John Snow, Inc. Consulté le 10 juin 2022. <https://www.jsi.com/resource/the-clinical-management-of-children-and-adolescents-who-have-experienced-sexual-violence-technical-considerations-for-pepfar-programs/>.
- EpiC. 2021. *Identifying, Preventing, and Responding to Violence in HIV Programs Serving Key Populations: Building Health Care Workers' Capacity to Offer Safe and Ethical Index Testing*. Durham, NC : FHI 360. Consulté le 10 juin 2022. <https://www.fhi360.org/resource/adverse-event-prevention-monitoring-investigation-and-response-index-testing>.
- FHI 360 et RTI International. 2020. *Standard Operating Procedure for Addressing Partner Relationships and Intimate Partner Violence in Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) Services*. Durham, NC : FHI 360 et RTI International. Consulté le 10 juin 2022. <https://www.prepwatch.org/resource/sop-job-aid-ipv-prep-services/>.
- Plan d'urgence du président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR). 2020. *Guide du PEPFAR sur la mise en œuvre de services de test d'indexation sûrs et éthiques*. Washington, D.C. : PEPFAR. Consulté le 10 juin 2022. <https://www.pepfarsolutions.org/resourcesandtools-2/2020/7/10/pepfar-guidance-on-implementing-safe-and-ethical-index-testing-services>.
- Organisation mondiale de la santé (OMS). 2021. *Caring for Women Subjected to Violence : A WHO Training Curriculum for Health Care Providers*. Genève, Suisse : OMS. Consulté le 10 juin 2022. <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/hrp/vaw/participants-handouts.pdf>.
- ———. 2017. *Strengthening Health Systems to Respond to Women Subjected to Intimate Partner Violence or Sexual Violence: A Manual for Health Managers*. Genève, Suisse : OMS. Consulté le 10 juin 2022. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259489>.
- ———. 2014. *Health Care for Women Subjected to Intimate Partner Violence or Sexual Violence: A Clinical Handbook*. Genève, Suisse : OMS. Consulté le 10 juin 2022. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136101/WHO_RHR_14.26_eng.pdf.

Guides de ressources

- Data for Impact. s.d. *Gender Sensitivity in the Service Delivery Environment*. Chapel Hill, NC : Data for Impact. Consulté le 10 juin 2022. <https://www.data4impactproject.org/prh/service-delivery/gender-equity-and-sensitivity-in-service-delivery/gender-sensitivity-in-the-service-delivery-environment/>.
- Glinski AM, M Sexton et L Meyers. 2015. *Child, Early, and Forced Marriage Resource Guide*. Washington, D.C. : Banyan Global. Consulté le 10 juin 2022. https://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1865/USAID_CEFM_Resource-Guide.PDF.
- Interagency Gender Working Group (IGWG) (Groupe de travail inter-agences sur le genre) 2020. *A Pandemic within a Pandemic: Technical Resources to Address GBV in the Age of COVID-19*. Washington, D.C. : IGWG. Consulté le 10 juin 2022. <https://www.igwg.org/resources/a-pandemic-within-a-pandemic-technical-resources-to-address-gbv-in-the-age-of-covid-19/>.
- ———. 2020. *Male Engagement Task Force Resources*. Washington, D.C. : IGWG. Consulté le 10 juin 2022. <https://www.igwg.org/male-engagement-task-force-resources/>.
- USAID 2021. *Issues and Recommendations on Gender-Based Violence Prevention and Response in Covid-19 Programming*. Washington, D.C. : USAID. Consulté le 10 juin 2022. https://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/COVID_and_GBV_guidance_March_2021.pdf.
- ———. 2018. *Essential Considerations for Engaging Men and Boys for Improved Family Planning Outcomes*. Washington, D.C. : USAID. Consulté le 10 juin 2022. <https://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1864/Engaging-men-boys-family-planning-508.pdf>.
- What Works. 2019c. *Flagship synthesis reports*. Consulté le 10 juin 2022 <https://whatworks.co.za/resources/flagship-synthesis-reports>.
- Organisation mondiale de la santé (OMS). 2021. *Resource Package for Strengthening Countries' Health Systems Response to Violence Against Women*. Genève, Suisse : OMS. Consulté le 10 juin 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-SRH-21.5>.

Boîtes à outils

- Jhpiego. 2020. *Gender-Transformative Leadership: A Participatory Toolkit for Health Providers*. Baltimore, MD : Jhpiego. Consulté le 10 juin 2022. <https://www.jhpiego.org/our-expertise/gender-equity/#gender>.
- ———. 2016. *Jhpiego Gender Analysis Toolkit for Health Systems*. Baltimore, MD : Jhpiego. Consulté le 10 juin 2022. <https://gender.jhpiego.org/analysistoolkit/>.
- LINKAGES. 2017. *Gender Analysis Toolkit for Key Population HIV Prevention, Care, and Treatment Programs*. Washington, D.C. : FHI 360. Consulté le 10 juin 2022. <http://childrenandaids.org/sites/default/files/2018-11/Gender%20analysis%20toolkit%20for%20key%20population%20HIV%20prevention%2C%20care%2C%20and%20treatment%20programs.pdf>.

Programmes

- Dayton R, GJ Morales et KS Dixon. 2019. *LINKAGES Health Care Worker Training: Preventing and Responding to Violence against Key Populations*. Washington, D.C. : FHI 360. Consulté le 10 juin 2022. <https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/resource-linkages-hcw-training-manual.pdf>.
- *No Means No Worldwide*. 2018c. Ashburn, VA. Consulté le 23 mai 2022. <https://www.nomeansnoworldwide.org/>.

- Stepping Stones. 2022c. *Resources*. Consulté le 23 mai 2022. <https://steppingstonesfeedback.org/resources/>.
- UNICEF. 2016. *Programme Sinovuyo Caring Families pour parents et adolescents - Guide familial*. New York, NY: UNICEF. Consulté le 10 juin 2022. <https://toolkits.knowledgesuccess.org/toolkits/very-young-adolescent-sexual-and-reproductive-health-clearinghouse/sinovuyo-caring-families-programme-parents-and-teens-family-guidebook>.

Dossiers

- Breakthrough Action. 2020. *Integrating Gender into the Covid-19 Risk Communication and Community Engagement Response*. Consulté le 10 juin 2022. https://breakthroughactionandresearch.org/wp-content/uploads/2020/05/Integrating-Gender-in-the-COVID-19-RCCE-Response-Technical-Brief_v1.0.pdf.
- Population Reference Bureau. 2015. *Intimate Partner Violence and Family Planning : Opportunities for Action*. Washington, D.C. : Population Reference Bureau. Consulté le 10 juin 2022. <https://www.prb.org/wp-content/uploads/2021/02/08072015-intimate-partner-violence-fp-brief.pdf>.
- USAID. 2021. *Advancing Gender Equality and Preventing & Responding to Gender-Based Violence to Achieve Sustained HIV Epidemic Control*. Washington, D.C. : USAID. Consulté le 10 juin 2022. <https://www.usaid.gov/global-health/health-areas/hiv-and-aids/resources/advancing-gender-equality>.

Remerciements

Ce document a été rédigé par Jennifer Arney, Christine Bixiones et Michele Lanham, avec le soutien d'autres membres de l'équipe CARE-GBV, notamment Diane Gardsbane et Fatima Saeed. Le document a été révisé par Marty Jarrell et conçu par Jill Vitick. Nous remercions Rachel Jewkes, membre du groupe consultatif technique sur *les Éléments fondamentaux*, pour sa révision et sa contribution, ainsi que le personnel de l'USAID pour sa révision et sa contribution : Afeefa Abdur-Rahman, Joan Kraft, Natalie Kruse-Levy, Amelia Peltz, Chaitra Shenoy, Alexander Smith et Melissa Taylor.

Référencerecommandée

CARE-VBG 2022. « Éléments de programme spécifiques au secteur : Lutter contre la violence basée sur le genre grâce à des programmes de santé mondiale ». Dans *Éléments fondamentaux des programmes de lutte contre la violence basée sur le genre dans le développement*. Washington, D.C. : USAID.

Références

- Abramsky T, K Devries, L Kiss, J Nakuti, N Kyegombe, E Starmann, B Cundill, L Francisco, D Kaye, T Musuya et L Michau. 2014. « Findings from the SASA! Study : A Cluster Randomized Controlled Trial to Assess the Impact of a Community Mobilization Intervention to Prevent Violence Against Women and Reduce HIV Risk in Kampala, Uganda ». *BMC médecine* ; 12(1) : 1-7. Consulté le 10 juin 2022. <https://bmcmecine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-014-0122-5>.
- Ali P. 2018. « Gender-Based Violence and the Role of Healthcare Professionals ». *Nursing open*; 5(1):4. Consulté le 10 juin 2022. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5762759/>.
- Birdthistle I, D Kwaro, M Shahmanesh, K Baisley, S Khagayi, N Chimbindi, V Kamire, N Mthiyane, A Gourlay, J Dreyer, and P Phillips-Howard. 2021. « Evaluating the Impact of DREAMS on HIV Incidence among Adolescent Girls and Young Women : A Population-Based Cohort Study in Kenya and South Africa ». *PLoS Med* 25 octobre ; 18(10):e1003837.
- Bonomi AE, ML Anderson, FP Rivara et RS Thompson. 2009. "Health Care Utilization and Costs Associated with Physical and Nonphysical-Only Intimate Partner Violence." *Health Services Research*. Jun; 44(3):1052–67. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1475-6773.2009.00955.x>.
- Bott S, A Guedes, MC Claramunt et A Guezmes. 2004. *Improving the Health Sector Response to Gender-Based Violence : A Resource Manual for Health Care Professionals in Developing Countries*. Londres, Grande-Bretagne : IPPF/WHR. Consulté le 10 juin 2022. [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/GBV_cdbookletANDmanual_FA_FINAL\[1\].pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/GBV_cdbookletANDmanual_FA_FINAL[1].pdf).
- Dayton R, B Alvarez, GJ Morales, J Rojas Almonte, M Faccini, B Gomes, RC Wolf et R Wilcher. 2020. « Assessing an Inclusive Model to Increase Access to Comprehensive Gender-Based Violence Response Services and Improve HIV Outcomes in Puerto Plata, Dominican Republic." *Culture, Health & Sexuality*. 22 sept. 1, 7;9 (1001) <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13691058.2019.1647556>.
- Donne MD, J DeLuca, P Pleskach, C Bromson, MP Mosley, ET Perez, SG Mathews, R Stephenson et V Frye. 2018. « Barriers to and Facilitators of Help-Seeking Behavior among Men Who Experience Sexual Violence ». *American Journal of Men's Health*. Mar ; 12(2):189-201. <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1557988317740665>.
- Evens E, M Lanham, K Santi, J Cooke, K Ridgeway, G Morales, C Parker, C Brennan, M de Bruin, PC Desrosiers et X Diaz. 2019. "Experiences of Gender-Based Violence among Female Sex Workers, Men Who Have Sex with Men, and Transgender Women in Latin America and the Caribbean: A Qualitative Study to Inform HIV Programming" *BMC International Health and Human Rights*. Déc. 2012;19(1):1–4.
- FHI 360. 2019c-2022. *LINKAGES violence prevention and response series*. Washington, D.C. : FHI 360. Consulté le 23 mai 2022. <https://www.fhi360.org/resource/linkages-violence-prevention-and-response-series>.
- Fay K et L Yee. 2018. « Reproductive Coercion and Women's Health ». *Journal of Midwifery & Women's Health*. Sep ; 63(5) : 518–25.
- García-Moreno C, K Hegarty, AF d'Oliveira, J Koziol-McLain, M Colombini et G Feder. 2015. "The Health-Systems Response to Violence Against Women." *The Lancet*. 18 avr. ; 385(9977):1567–79. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)61837-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)61837-7/fulltext).
- Grace KT et JC Anderson. 2018. « Reproductive Coercion: A Systematic Review » *Trauma, Violence, & Abuse*. Oct;19(4):371–90. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5577387/>.

- HRH2030. 2020. *Defining and Advancing a Gender-Competent Family Planning Service Provider: A Competency Framework and Technical Brief*. Washington, D.C. : USAID. Consulté le 10 juin 2022. <https://hrh2030program.org/gender-competency-tech-brief/>.
- Institute for Reproductive Health (IRH). 2016. *GREAT Project Endline Report*. Washington, D.C. : IRH. Consulté le 10 juin 2022. https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00WK2W.pdf.
- Comité permanent inter-agences (IASC) 2016. *Best Practice Guide Inter-Agency Community-Based Complaint Mechanisms Protection Against Sexual Exploitation and Abuse*. Genève, Suisse : IASC. Consulté le 10 juin 2022. https://resourcecentre.savethechildren.net/node/12555/pdf/best_practice_guide_-_with_inside_cover_online.pdf.
- Lanham M, K Ridgeway, R Dayton, BM Castillo, C Brennan, DA Davis, D Emmanuel, GJ Morales, C Cherisher, B Rodriguez et J Cooke. « We're Going to Leave You for Last, Because of How You Are: Transgender Women's Experiences of Gender-Based Violence in Healthcare, Education, and Police Encounters in Latin America and the Caribbean ». *Violence and Gender*. Mar 1;6(1):37-46. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6442261/>.
- Machtiger EL, JE Haberer, TC Wilson et DS Weiss. 2012. "Recent Trauma Is Associated with Antiretroviral Failure and HIV Transmission Risk Behavior among HIV-Positive Women and Female-Identified Transgenders." *AIDS and Behavior*. Nov;16(8):2160–70. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10461-012-0158-5>.
- MacQuarrie K LD, L Mallick et S Kishor. 2016. *Intimate Partner Violence and Interruption to Contraceptive Use: DHS Analytical Studies 57*. Consulté le 10 juin 2022. <https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/AS57/AS57.pdf>.
- Manda WC, N Pilgrim, M Kamndaya, S Mathur et Y Sikweyiya. 2021. « Girl-Only Clubs' Influence on SRH Knowledge, HIV Risk Reduction, and Negative SRH Outcomes among Very Young Adolescent Girls in Rural Malawi ». *BMC Public Health*. Déc. ; 21(1):1-2. https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00KXRW.pdf.
- Manning A, M Schaaf et RM Council. 2018. *Disrespect and Abuse in Childbirth and Respectful Maternity Care*. https://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/da_rmc_brief_final_0.pdf.
- Miller E, M Decker, H McCauley, et coll. 2011. « A Family Planning Clinic Partner Violence Intervention to Reduce Risk Associated with Reproductive Coercion ». *Contraception*. Consulté le 10 juin 2022. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21310291/>.
- Miller E, DJ Tancredi, MR Decker, HL McCauley, KA Jones, H Anderson, L James et JG Silverman. 2016. « A Family Planning Clinic-Based Intervention to Address Reproductive Coercion : A Cluster Randomized Trial ». *Contraception*. Jul 1;94(1):58-67. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26892333/>.
- Nour NM. 2006. « Health Consequences of Child Marriage in Africa ». *Emerg Infect Dis*. Nov;12(11):1644–1649.
- PEPFAR. 2022. *2022 Country and Regional Operational Plan (COPIROP) Guidance for All PEPFAR-Supported Countries*. Consulté le 10 juin 2022. https://www.state.gov/wp-content/uploads/2022/01/COP22-Guidance-Final_508-Compliant.pdf.
- PEPFAR Solutions Platform. 2021. *PEPFAR DREAMS Guidance*. Consulté le 10 juin 2022. https://www.pepfarsolutions.org/s/2021-08-17-DREAMS-Guidance-Final-March-2018-Update_PEPFAR-Solutions.pdf.
- Population Reference Bureau, Interagency Gender Working Group, USAID. 2010. « The Crucial Role of Health Services in Responding to Gender-Based Violence ». *Policy Brief*. Washington, D.C. : PRB. Consulté le 10 juin 2022. https://www.igwg.org/wp-content/uploads/2017/06/Gender-Continuum-PowerPoint_final.pdf.
- Rottach E, I Among, W Gerber et R Kaufman. 2018. *Gender-Based Violence and Family Planning: An Implementation Assessment of Uganda's Policy Framework*. Consulté le 10 juin 2022. http://www.healthpolicyplus.com/ns/pubs/10252-10455_GBVFPResearchReport.pdf.

- SASA! 2002 c. *Kampala SASA!* Consulté le 23 mai 2022. <https://raisingvoices.org/women/the-sasa-approach/>.
- Silverman JG, J Uysal, N Carter, E Muketo, W Liambila, C Undie, K Gray, S Wendoh et H Helvink. 2019. *ARCHES Kenya : Promoting Reproductive Autonomy for Women and Girls by Addressing Gender-Based Violence within Routine Family Planning Counseling*. https://gehweb.ucsd.edu/wp-content/uploads/2019/03/archeskenyabrief_final.pdf.
- Simmons K, Z Mihyo et L Messner. 2016. *Lessons from the Gender-Based Violence Initiative in Tanzania*. Arlington, VA : AIDSFree Project. Consulté le 10 juin 2022. <https://encompassworld.com/resource/aidsfree-lessons-from-the-pepfar-gender-based-violence-initiative-in-tanzania/>.
- Tancredi DJ, JG Silverman, MR Decker, HL McCauley, HA Anderson, KA Jones, S Ciaravino, A Hicks, C Raible, S Zelazny et L James. 2015. « Cluster Randomized Controlled Trial Protocol : Addressing Reproductive Coercion in Health Settings (ARCHES) ». *BMC Women's Health* Dec;15(1):1–6. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12905-015-0216-z>.
- The U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2014. *Families Matter Program*. Atlanta, GA : CDC. Consulté le 23 mai 2022. <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/26191>.
- . 2003. *Costs of Intimate Partner Violence Against Women in the United States*. Atlanta, GA : CDC. Consulté le 23 mai 2022. https://www.cdc.gov/violenceprevention/pub/IPV_cost.html.
- ONU Femmes. 2020. *La pandémie fantôme : la violence contre les femmes pendant la COVID-19* Consulté le 23 mai 2022. <https://www.unwomen.org/en/news/in-focus/in-focus-gender-equality-in-covid-19-response/violence-against-women-during-covid-19>.
- . 2019. *Addressing Violence and Harassment Against Women in the World of Work Handbook*. Consulté le 23 mai 2022 <https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2019/03/handbook-addressing-violence-and-harassment-against-women-in-the-world-of-work>.
- FNUAP 2020. *COVID-19 : Une optique sexospécifique Protéger la santé et les droits en matière de sexualité et de reproduction et promouvoir l'égalité des sexes*. Consulté le 23 mai 2022. <https://www.unfpa.org/resources/covid-19-gender-lens>.
- . 2015. *Girlhood, Not Motherhood: Preventing Adolescent Pregnancy*. Consulté le 23 mai 2022. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Girlhood_not_motherhood_final_web.pdf.
- UNICEF. 2021. *10 millions de filles supplémentaires risquent d'être mariées durant leur enfance à cause de la COVID-19*. Consulté le 23 mai 2022 <https://www.unicef.org/press-releases/10-million-additional-girls-risk-child-marriage-due-covid-19>.
- . 2021. *Understanding the Relationship between Child Marriage and Female Genital Mutilation: A Statistical Overview of Their Co-Occurrence and Risk Factors*. Consulté le 23 mai 2022. <https://data.unicef.org/resources/understanding-the-relationship-between-child-marriage-and-fgm>.
- Walby S. 2009. *The Cost of Domestic Violence – Up-date 2009*. Lancaster, Royaume-Uni : Université de Lancaster. Consulté le 10 juin 2022. <https://openaccess.city.ac.uk/id/eprint/21695/>.
- What Works. 2019c. *Flagship Synthesis Reports*. Consulté le 23 mai 2022 <https://whatworks.co.za/resources/flagship-synthesis-reports>.
- Organisation mondiale de la santé 2022. *Parenting for Life-Long Health*. Genève, Suisse : OMS.
- . 2021a. *Mutilations sexuelles féminines*. Genève, Suisse : OMS. Consulté le 10 juin 2022. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>.
- . 2021b. *Caring for Women Subjected to Violence : A WHO Curriculum for Training Health-Care Providers* ». Genève, Suisse : OMS. Consulté le 10 juin 2022. <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/hrp/vaw/participants-handouts.pdf>.

- . 2021c. *Addressing Violence against Women in Health and Multisectoral Policies: A Global Status Report*. Genève, Suisse : OMS. Consulté le 10 juin 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240040458>.
- . 2016. *Global Plan of Action to Strengthen the Role of the Health System Within a National Multisectoral Response to Address Interpersonal Violence, in Particular Against Women and Girls, and Against Children*. Genève, Suisse : OMS. Consulté le 10 juin 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550147>.
- . 2013. *Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence Against Women : WHO Clinical and Policy Guidelines*. Genève, Suisse : OMS. Consulté le 10 juin 2022. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85240/9789241548595_eng.pdf.
- . 2005. *Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women*. Genève, Suisse : OMS. Consulté le 10 juin 2022. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43309>.

L'objectif de l'activité de l'Action collective pour réduire la violence basée sur le genre (CARE-VBG) est de renforcer la prévention et la réponse collective, ou « l'action collective », dans le développement de programmes contre la violence basée sur le genre (VBG) à travers l'USAID. Pour plus d'informations sur CARE-GBV, [cliquez ici](#).

Pour en apprendre davantage, veuillez contacter :

Chaitra Shenoy, Master en droit

Déléguée de l'agent de négociation des contrats

Centre pour l'égalité des genres et l'autonomisation des femmes

cshenoy@usaid.gov

Dre. Diane Gardsbane

Cheffe de Projet

CARE-VBG

diane@makingcents.com