



## SESSION 3 : PRÉVENIR LA VIOLENCE SEXUELLE ET RÉPONDRE AUX BESOINS DES VICTIMES

La violence sexuelle constitue une des formes de violence les plus répandues et c'est un problème de santé majeur. Elle s'aggrave lors des conflits, des migrations forcées et des catastrophes naturelles. D'après les estimations, une femme ou une fille sur 5 subit de la violence sexuelle dans les situations de crise humanitaire<sup>39</sup>. Tout le monde peut être confronté à la violence sexuelle y compris les femmes, les hommes, les adolescents, les personnes handicapées, les jeunes, les personnes âgées, les lesbiennes, les gays, les personnes bisexuelles, transgenres, queers, intersexes et asexuées (LGBTQIA) et les minorités ethniques et religieuses, ainsi que les travailleurs/travailleuses du sexe, entre autres. Tous les acteurs intervenant dans les situations de crise humanitaire doivent avoir connaissance des risques de violence sexuelle et coordonner des activités multisectorielles pour prévenir et protéger les populations touchées en particulier les femmes, les filles et d'autres populations à risque.

Parmi les mesures de protection figurent :

- ▶ l'accès sécurisé aux établissements de santé ;
- ▶ des latrines et les installations sanitaires séparées pour filles et garçons, avec des serrures à l'intérieur ;
- ▶ un éclairage suffisant dans le camp et dans les établissements de santé ; et
- ▶ des logements cloisonnés ou des tentes familiales pour préserver l'intimité.

Les acteurs humanitaires doivent aussi veiller à ce que les femmes, les filles, les hommes et les garçons dans toute leur diversité, qui ont été victimes de violence sexuelle bénéficient de soins cliniques et de services psychosociaux, de protection et de soutien dès que possible à la suite de l'incident. La violence sexuelle est une épreuve traumatisante qui peut avoir des conséquences graves et négatives à court et long terme, sur le plan physique, psychologique, personnel et social pour les victimes, et auxquelles il faut remédier. La violence sexuelle réduit la capacité de femmes et des filles et d'autres populations à risques, à participer de façon significative au développement, au maintien de la paix, d'avoir des perspectives en matière d'éducation et d'activités économiques. Des familles et communautés entières souffrent profondément en raison des impacts multidimensionnels de la violence sexuelle.

Les Directives sur la violence basée sur le genre dans l'action humanitaire du Comité permanent interorganisations (CPI) sont une référence essentielle car elles présentent les interventions multisectorielles minimales pour prévenir et répondre à la violence sexuelle dans les situations de crise humanitaire<sup>40</sup>. Ces directives proposent des interventions dans tous les domaines avant une

39 Alexander Vu, Atif Adam, Andrea Wirtz, Kiemanh Pham, Leonard Rubenstein, Nancy Glass, Chris Beyrer, et Sonal Singh « The Prevalence of Sexual Violence among Female Refugees in Complex Humanitarian Emergencies : A Systematic Review and Meta-Analysis, » PLOS Currents Disasters, 18 mars 2014, DOI: 10.1371/currents.dis.835f10778fd80ae031aac12d3b533ca7.

40 Directives du Comité permanent interorganisations sur la violence basée sur le genre (site internet), consulté le 8 avril 2019, <https://gbvguidelines.org/fr/>.

situation d'urgence, pendant la phase d'urgence aiguë et une fois que la situation se stabilise. Un référentiel de ces directives est également disponible.

## À l'issue de la session, les apprenants seront en mesure de :

- ▶ définir la violence sexuelle et les raisons pour lesquelles la prévention de la violence sexuelle et la réponse aux besoins des victimes sont une priorité ;
- ▶ recenser les actions qui doivent être mises en œuvre pour prévenir la violence sexuelle ;
- ▶ décrire les composantes des soins cliniques destinés aux victimes de violence sexuelle ;
- ▶ expliquer qui est en charge de la prévention et de la prise en charge des actes de violence sexuelle ;
- ▶ décrire les raisons pour lesquelles les cas de violence sexuelle ne sont pas signalés ; et
- ▶ comprendre ce que sont un code de conduite et un mécanisme de signalement.

## Objectifs et activités du DMU pour la SSR :

### PRÉVENIR LA VIOLENCE SEXUELLE ET RÉPONDRE AUX BESOINS DES VICTIMES.

Pour prévenir la violence sexuelle et répondre aux besoins des victimes dès le début d'une situation d'urgence, Le/la coordinateur/coordinatrice de santé sexuelle et reproductive (SSR), les responsables de programme et les prestataires de service doivent collaborer avec le secteur/cluster santé pour:

- ▶ travailler avec d'autres clusters, plus précisément le groupe de travail sur la protection ou la VBG, pour instaurer des mesures préventives aux niveaux communautaire, local et des districts y compris dans les établissements de santé pour protéger les populations touchées, en particulier les femmes et les filles, face à la violence sexuelle ;
- ▶ mettre à la disposition des victimes de violence sexuelle des soins cliniques et faciliter les orientations vers d'autres services de soutien ; et
- ▶ créer des espaces confidentiels et sécurisés au sein des établissements de santé pour recevoir les victimes de violence sexuelle, leur dispenser des soins et les orienter vers des soins cliniques adaptés.

## Qu'est-ce que la violence sexuelle ?

La violence sexuelle est une violation des droits humains fondamentaux et elle se présente sous différentes formes comme le viol, le harcèlement sexuel, les grossesses/avortements forcés, l'exploitation sexuelle et le trafic sexuel. Il s'agit de tout acte sexuel, tentative d'obtenir un acte sexuel, tous commentaires ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à l'exploitation sexuelle d'une personne en utilisant la coercition, les menaces ou la force physique, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans n'importe quel contexte y compris le domicile mais pas seulement. Le Dispositif minimum d'urgence (DMU) pour la SSR aborde principalement les trois domaines de violence sexuelle suivants :

**Le viol/la tentative de viol :** Le viol est un rapport sexuel non consenti. Il peut inclure la pénétration de n'importe quelle partie du corps avec un organe sexuel et/ou la pénétration d'un orifice génital ou anal avec un objet ou une partie du corps. Le viol ou la tentative de viol implique le recours à la force, à la menace ou à la coercition. Sont considérés comme une tentative de viol, les actes visant à violer quelqu'un sans aboutir à la pénétration.

**La violence sexuelle :** Intrusion ou menace d'intrusion physique de nature sexuelle soit par force ou dans des conditions d'inégalité ou de coercition.

**L'exploitation sexuelle :** Tout abus réel ou tentative d'abus par rapport à une position de vulnérabilité, de pouvoir différentiel ou de confiance, à des fins sexuelles, y compris mais sans s'y limiter, pour tirer profit pécuniairement, socialement ou politiquement de l'exploitation sexuelle d'une autre personne.

## **Pourquoi est la prévention de la violence sexuelle et la réponse aux besoins des victimes est-elle une priorité ?**

Pendant les situations d'urgence comme les conflits ou les catastrophes naturelles, les risques de violence, d'exploitation et de maltraitance se multiplient. En outre, les inégalités préexistantes en matière de genre et sur le plan social peuvent être exacerbées. Les individus peuvent être confrontés à la perte d'un logement stable, à des perspectives économiques limitées et à l'instabilité, ce qui conduit à la violence sexuelle opportuniste commise par des personnes que les victimes connaissent ou non. Dans certains contextes de conflit ou post-conflit, la violence sexuelle est utilisée comme une tactique de guerre. Par ailleurs, les systèmes nationaux et les réseaux de soutien communautaire et social peuvent être affaiblis, et dans un climat d'impunité, les auteurs des faits ne sont pas tenus responsables.

Les victimes de violence sexuelle peuvent souffrir de dépression et d'anxiété, elles peuvent tenter de se suicider ou mettre fin à leurs jours, contracter le virus de l'immunodéficiência humaine (VIH) ou d'autres infections sexuellement transmissibles (IST), tomber enceintes voire être tuées, une pratique parfois appelée « crime d'honneur », par leurs familles ou des membres de leurs communautés. L'impact de la violence sexuelle est d'ailleurs multiple : elle influe sur la santé physique et mentale, ainsi que le bien-être social de la victime tout en ayant éventuellement des conséquences pour la famille de la victime et la communauté élargie. Ce risque accru et la crainte de violence sexuelle peuvent aussi entraîner l'augmentation de pratiques néfastes ayant pour but de « protéger » les femmes et les filles comme le mariage précoce et/ou forcé, le nombre croissant d'actes de violences domestiques et de violences commises par un partenaire intime, et la perte de mobilité des femmes et des filles.

Une fois que la situation s'est stabilisée et que toutes les composantes de la SSR ont été mises en œuvre, il faut se pencher sur un large éventail de questions relatives à la VBG y compris la violence domestique, la violence commise par un partenaire intime, le mariage précoce et/ou forcé, la mutilation génitale féminine, la stérilisation forcée ou la grossesse forcée, la prostitution forcée ou contrainte, ainsi que le trafic de femmes, de filles et de garçons.

## Quelles sont les personnes les plus affectées par la violence sexuelle ?

Les personnes de tout sexe, genre, âge ou de toute capacité peuvent subir de la violence sexuelle. Dans les communautés touchées par une crise—et dans la majorité des contextes à travers le monde, la plupart des cas de violence sexuelle impliquent des auteurs des faits masculins qui commettent des actes de violence contre les femmes et les filles<sup>41</sup>. Les auteurs de ces faits sont souvent des partenaires intimes (y compris des conjoints) ou d'autres personnes connues de la victime (parents, amis ou membres de la communauté). Néanmoins, les hommes et les garçons sont aussi exposés au risque de violence sexuelle, en particulier dans les zones de conflit et lorsqu'ils sont en détention ou soumis à des actes de torture<sup>42</sup>. Les adolescentes, les personnes handicapées (surtout du point de vue intellectuel) et les personnes LGBTQIA sont particulièrement vulnérables car elles sont souvent les cibles de l'exploitation sexuelle et du viol alors même que les structures de protection sociales sont affaiblies<sup>43</sup>.

*Il est important de reconnaître que toute personne peut subir des actes de violence sexuelle et il faut veiller à ce que des services complets et de qualité soient accessibles à tous.*

## À quel moment la violence sexuelle survient-elle pendant les crises ?

La violence sexuelle peut survenir à tout moment pendant le déplacement y compris avant qu'une personne fuit son domicile, pendant la fuite, dans le pays d'asile, pendant le rapatriement et la réintégration et dans les hébergements temporaires des populations déplacées dans leur propre pays. Elle peut avoir lieu dans les communautés touchées par une crise après une catastrophe naturelle ou un conflit, même parmi celles qui n'ont pas été déplacées.

## Qui est responsable de la prévention et de la réponse aux actes de violence sexuelle ?

Tous les acteurs humanitaires sont responsables de la prévention de l'exploitation sexuelle, du signalement de la violence et ils doivent faire en sorte que l'aide humanitaire soit fournie de manière impartiale, sans préjugé ou discrimination fondée sur l'âge, le sexe, le genre et l'identité de genre, le statut matrimonial, l'orientation sexuelle, le lieu (par ex. rural/urbain), le handicap, la race, la couleur de peau, la langue, la religion, les opinions politiques ou autres, les origines nationales, ethniques ou sociales, la propriété, la naissance ou d'autres caractéristiques. Les acteurs humanitaires doivent veiller à ce que les victimes aient accès aux soins cliniques et à d'autres services de soutien.

Une approche multisectorielle, multidimensionnelle est nécessaire pour protéger les populations touchées par une crise et apporter une réponse adaptée face à la violence sexuelle. Le Groupe de protection globale, sous la direction du Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés

41 « La violence à l'encontre des femmes », OMS, 29 novembre 2017, <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>.

42 Sarah Chynoweth, *Sexual Violence Against Men and Boys in the Syria Crisis* (HCR, octobre 2017), <https://data2.unhcr.org/en/documents/download/60864>.

43 *Mean Streets: Identifying and Responding to Urban Refugees' Risks of Gender-Based Violence* (Women's Refugee Commission, février 2016), <https://www.womensrefugeecommission.org/gbv/resources/document/download/1455>.

(HCR), a pour mission d'assurer la généralisation et l'intégration de la protection et de faire en sorte que les groupes de protection bénéficient d'une assistance au niveau des pays. Le groupe de travail sur la protection repose sur cinq autres domaines de responsabilité, y compris la protection des enfants sous la direction du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), et la VBG sous la direction du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP). L'objectif déclaré du domaine de responsabilité sur la GBV est de « mettre au point des mécanismes efficaces et inclusifs de protection qui promeuvent une approche cohérente, complète et coordonnée de la VBG au niveau du terrain, notamment en ce qui concerne la prévention, les soins, le soutien et le rétablissement, et œuvrent pour demander des comptes aux auteurs<sup>44</sup>. »

Au niveau du terrain, la coordination mise en place pour remédier à la violence sexuelle doit englober tous les secteurs techniques (par ex., la protection ; la santé ; l'éducation ; la logistique ; l'eau, assainissement et hygiène [WASH] ; les services communautaires ; la sécurité/police ; la planification des sites ; etc.) et toutes les zones géographiques touchées par les crises. Les soins cliniques destinés aux victimes de violence sexuelle relèvent du secteur/cluster santé et de l'agence cheffe de file en matière de SSR<sup>45</sup>.

Le/la coordinateur/coordinatrice SSR, le groupe de travail sur la SSR et les secteur/cluster santé, doivent collaborer avec l'agence cheffe de file du domaine de responsabilité de la GBV pour appuyer un processus qui permet une répartition claire des rôles et responsabilités parmi les partenaires de santé et entre tous les programmes des secteurs/clusters répondant aux besoins des victimes. Il peut s'agir des services de justice/juridiques, de protection, de sécurité, psychosociaux et communautaires. Les représentants de la communauté affectée, les partenaires des Nations Unies, les organisations non-gouvernementales (ONG) et les autorités gouvernementales doivent informer et/ou participer à ce processus et aux réunions de coordination des secteurs/clusters pertinentes.

Par ailleurs, pour faire en sorte que le mécanisme d'orientation soit coordonné, axé sur les victimes et confidentiel, il est important de mettre en relation les groupes d'entraide communautaire, y compris ceux qui ont été créés par des adolescents, des personnes handicapées, les populations LGBTQIA et les travailleurs/travailleuses du sexe.

## Activité du DMU pour la SSR :

### Instaurer des mesures préventives au niveau communautaire, local et des districts pour protéger les populations touchées contre la violence sexuelle

## Quelles sont les situations qui exposent les femmes et les filles au risque de violence sexuelle ?

Les femmes et les filles qui ont été déplacées ou sont confrontées à un conflit ou à d'autres situations d'urgence peuvent être surexposées à la violence sexuelle dans les situations suivantes :

- Si elles sont privées de leurs papiers personnels pour obtenir leurs rations alimentaires, pour bénéficier d'aide ou de services essentiels et si elles dépendent des hommes pour leur survie quotidienne ;

44 Pour plus d'informations sur le domaine de responsabilité relatif à la VBG, voir <http://gbvaor.net>.

45 Comité permanent interorganisations, Humanitarian Response, <https://www.humanitarianresponse.info/fr/>.

- ▶ Quand seuls les hommes (personnes affectées, membres des communautés d'accueil ou les acteurs humanitaires) sont chargés de la distribution de la nourriture et d'autres biens essentiels ;
- ▶ Si elles doivent se déplacer pour rejoindre des points de distribution alimentaire, pour récupérer du bois pour la cuisine, et de l'eau sans bénéficier de sécurité ou d'autres protections ;
- ▶ Si leurs lieux de couchage ne sont pas verrouillés et protégés ou si l'éclairage est limité ; et
- ▶ Si les latrines et les installations sanitaires masculines et féminines ne sont pas séparées, si elles ne sont pas dotées de verrous internes ou sont situées dans des zones non sécurisées du camp ou du campement.

Un manque de protection policière et de législations peut également contribuer à un accroissement des actes de violence sexuelle. Les officiers de police, le personnel militaire, les travailleurs humanitaires, les administrateurs des camps ou d'autres responsables gouvernementaux peuvent eux aussi contraindre les femmes et les filles à avoir des rapports sexuels en échange de la sécurité, de services et d'autres soutiens. En l'absence d'organisations indépendantes, comme le HCR ou des ONG internationales pour garantir la sécurité personnelle au sein d'un camp, le nombre d'incidents augmente souvent. Les agents de protection féminins doivent être recrutés et disponibles car les femmes et les filles sont souvent plus à l'aise pour signaler leurs inquiétudes au sujet des questions de protection et des incidents de violence à une autre femme.

## **Quelles sont les mesures clés qui doivent être adoptées pour la prévention de la violence sexuelle ?**

Des réunions de coordination sur la santé et la protection doivent systématiquement aborder la violence sexuelle pour assurer la coordination de l'intervention entre le/la coordinateur/coordinatrice SSR et d'autres acteurs du secteur. Les procédures d'opération et de coordination confidentielles doivent faire l'objet d'un consensus et elles doivent être appliquées pour évaluer et intervenir face à des risques ou pour les atténuer<sup>46</sup>.

Dans le cadre du travail du mécanisme général du secteur/cluster santé, le/la coordinateur/coordinatrice SSR et le personnel du programme SSR doivent faire en sorte que le secteur/cluster santé et d'autres acteurs de la santé appliquent les mesures suivantes :

- ▶ Garantir un accès sécurisé aux services de santé de base, notamment les services de SSR pour les femmes, les hommes, les adolescents et les enfants.
- ▶ Concevoir et localiser les établissements de santé pour améliorer la sécurité physique et être accessibles aux personnes handicapées, en consultation avec la population, surtout les femmes, les adolescents, les personnes handicapées et d'autres groupes marginalisés.
- ▶ Consulter les prestataires de service et les clients à propos des questions de sécurité pour l'accès aux établissements de santé et en leur sein.
- ▶ Veiller à ce que les établissements de santé se situent dans des lieux sécurisés et disposent d'un parcours éclairé la nuit.
- ▶ Veiller à ce que les établissements de santé disposent d'espaces sécurisés, de prestataires formés et de fournitures essentielles pour dispenser des soins cliniques aux victimes de violence sexuelle.

46 Voir le Réseau des intervenants face à la VBG <https://gbvresponders.org/resources> pour les outils et les ressources existantes pour faciliter sa mise en œuvre.

- ▶ Envisager la nécessité d'un personnel de sécurité positionné à l'entrée des établissements.
- ▶ Localiser les latrines masculines et féminines séparées et les installations sanitaires dans l'établissement de santé et veiller à ce que les portes puissent être verrouillées de l'intérieur<sup>47</sup>.
- ▶ Recruter et former des prestataires de service, les agents de santé communautaire, du personnel de programme, et des interprètes féminins<sup>48</sup>.
- ▶ Veiller à ce que toutes les langues des sous-groupes ethniques soient représentées parmi les prestataires de service ou s'assurer de la présence d'interprètes.
- ▶ Insister auprès des prestataires de service et de l'ensemble du personnel d'établissement, sur l'importance de la confidentialité y compris de la protection des informations et des données concernant les victimes.
- ▶ Veiller à ce que les agents de santé et tous les autres personnels d'établissement aient signé et obéissent à un code de conduite contre l'exploitation et violence sexuelle.
- ▶ Veiller à ce que les codes de conduite et les mécanismes de signalement relatifs à l'exploitation et à la violence sexuelle (qui garantissent la protection des lanceurs d'alerte) soient en place, de même que les mesures d'enquête pertinentes pour appliquer les codes de conduite.

## Activité du DMU pour la SSR :

### Mettre les soins et les orientations cliniques et autres services de soutien à la disposition des victimes de violence sexuelle

#### Principes directeurs à appliquer pour répondre aux besoins des victimes de violence sexuelle

Les principes directeurs suivants doivent être respectés par les acteurs humanitaires qui répondent aux besoins des victimes, à tout moment :

- ▶ Sécurité
- ▶ Confidentialité
- ▶ Respect
- ▶ Non-discrimination

### Pourquoi est-il crucial pour les professionnels de santé de s'attaquer à la violence sexuelle ?

Les services de santé sont souvent le premier—et parfois le seul—point de contact des victimes en quête d'assistance pour la violence sexuelle. La qualité des soins fournis peut avoir un impact à

47 WASH, *Protection et responsabilité: Document d'information* (HCR, 2017), <http://wash.unhcr.org/fr/download/protection-et-responsabilite-dans-le-domaine-eha-unhcr/>.

48 *Soins de santé pour les femmes victimes d'actes de violence commis par un partenaire intime ou d'actes de violence sexuelle: Manuel clinique* (OMS, septembre 2014), [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204236/WHO\\_RHR\\_14.26\\_fre.pdf;jsessionid=8DAD9AB5892732E60B8233C0A8CB8FCC?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204236/WHO_RHR_14.26_fre.pdf;jsessionid=8DAD9AB5892732E60B8233C0A8CB8FCC?sequence=1).

court et à long terme sur le bien-être de la victime et la volonté de la victime de signaler l'incident. Par conséquent, l'ensemble des agents de santé (notamment ceux qui ne travaillent pas dans un établissement qui fournit des soins cliniques aux victimes de violence sexuelle) doivent être préparés à l'offre de soutien de première ligne.

Le soutien psychosocial de première ligne comprend :

- ▶ l'écoute et la validation empathique ;
- ▶ l'identification des besoins immédiats sur le plan émotionnel, psychologique et physique ;
- ▶ la réponse aux besoins immédiats de la victime en termes de sécurité (protection) et de santé, notamment la santé mentale par l'orientation vers le soutien psychosocial ;
- ▶ rassurer la victime qu'elle n'est pas en faute ou coupable ;
- ▶ se renseigner sur les besoins et les préoccupations de la victime ;
- ▶ identifier et fournir des informations sur d'autres services de soutien ; et
- ▶ appuyer les décisions de la victime.

## **Qu'est-ce qu'une approche axée sur la victime ?**

Une approche axée sur la victime implique que les droits, les besoins et les souhaits de la victime soient priorités. Cette approche peut guider les agents de santé lorsqu'ils abordent les personnes qui ont subi de la violence sexuelle. Elle vise à créer un environnement favorable dans lequel les droits d'une victime de VBG sont respectés, la sécurité est garantie, et dans lequel la victime est traitée avec dignité et respect.

## **Quelles sont les mesures clés qui doivent être adoptées lors de la mise en place de services cliniques ?**

Tous les acteurs humanitaires doivent respecter les droits d'une victime de violence sexuelle à la vie, aux soins de santé de bonne qualité, à la non-discrimination, au respect de sa vie privée, à la confidentialité, à l'information et à la considération. Les victimes doivent avoir accès aux soins cliniques, y compris aux conseils psychosociaux de même qu'à la contraception d'urgence et à la prophylaxie après exposition (PPE) au VIH dès que possible après l'incident.

Pour veiller à ce que les services de santé puissent fournir ces soins dès le début d'une intervention humanitaire, les coordinateurs/coordinatrices et le personnel de programme sur la SSR doivent :

- ▶ établir une zone de consultation privée, non stigmatisante qui dispose d'une armoire de classement verrouillable ;
- ▶ mettre en place des protocoles clairs et une liste des droits des patients rédigés dans les langues des prestataires et patients ;
- ▶ avoir suffisamment de fournitures et d'équipements ;
- ▶ recruter des prestataires hommes et femmes parlant couramment les langues locales et former des chaperons et interprètes masculins et féminins ;



- ▶ impliquer les femmes, les adolescentes et les adolescents, et d'autres populations à risques comme les personnes handicapées et les groupes LGBTQIA, dans les décisions sur l'accessibilité et l'acceptabilité des services ;
- ▶ sous la direction du pôle de santé, veiller à ce que les services et un mécanisme d'orientation y compris le transport vers un hôpital en cas de complications graves, soient disponibles 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

## **Que peut-on faire pour informer la communauté à propos des services disponibles ?**

Une fois que les services sont en place, les coordinateurs/coordinatrices et le personnel du programme sur la SSR doivent informer la communauté à propos :

- ▶ des horaires et sites des services ;
- ▶ de l'importance de recourir immédiatement à des soins médicaux après un acte de violence sexuelle au plus tard dans les 72 heures pour la prévention du VIH, et dans les 120 heures pour la prévention de la grossesse—le plus tôt étant le mieux dans les deux cas ; et
- ▶ des services de santé dispensés aux victimes qui ne sont pas en mesure de recourir immédiatement aux soins.

Pour garantir l'accessibilité, divers formats et langues doivent être utilisés (par ex., le Braille, la langue des signes, les images) et distribués via des campagnes de sensibilisation communautaire (associations de femmes, de jeunes, de personnes LGBTQIA et handicapées) et d'autres canaux de communication (par ex., les écoles, les agents de santé communautaire, les leaders de communautés, les messages radio, les brochures d'information dans les latrines de femmes).

## **Quelles sont les mesures clés qui doivent être adoptées pour veiller à ce que les prestataires de service soient qualifiés et puissent fournir des services non-discriminatoires, impartiaux et axés sur la victime ?**

Le cas échéant, le/la coordinateur/coordinatrice SSR en collaboration avec le groupe de travail SSR et le secteur/cluster santé doit organiser des séances d'information ou de brefs recyclages sur les soins cliniques pour les victimes de violence sexuelle.

## **Quelles sont les composantes des soins cliniques pour les victimes de violence sexuelle ?**

**Communication de soutien** : Veiller à ce que les prestataires de service soient en mesure de proposer un appui bienveillant et confidentiel à la victime, par le biais d'une communication précise, claire, sans jugement et qui implique une écoute active sans faire pression sur la victime pour qu'elle réponde. Ils doivent Informer la victime des différentes options de soins, l'encourager et répondre à ses questions et à ses inquiétudes, et obtenir son consentement écrit ou verbal pour tous les aspects des soins. Les prestataires doivent prendre soin de ne pas faire de promesses ou de fausses déclarations (en particulier par rapport à la sécurité) qui ne peuvent être garanties.

Antécédents et examen<sup>49</sup> : Le principal but des antécédents et de l'examen est de déterminer le type de soins cliniques nécessaire. La santé et le bien-être de la victime sont une priorité absolue dans ce processus. Il faut permettre à la victime de choisir une personne de confiance qui sera présente à l'examen, si elle ou il le désire. Pour les enfants, il peut s'agir de son tuteur (non agresseur) ou s'il n'y en a pas, il peut s'agir d'une personne formée pour apporter son soutien aux victimes. La victime doit toujours être en mesure de choisir le sexe de la personne, c'est obligatoire pour les enfants. L'étude des antécédents et un examen médical approfondi (évitant des procédures invasives autant que possible conformément aux directives de l'Organisation mondiale de la Santé [OMS]<sup>50</sup>) sont menés. Les prestataires doivent veiller à ce que la victime comprenne et consente à chaque étape. L'étude des antécédents comprend les éléments suivants :

- ▶ des questions sur l'agression limitées à ce qui est nécessaire pour les soins médicaux et, le cas échéant (les capacités existent pour tester et utiliser les preuves), les prélèvements d'échantillons pour les preuves médico-légales ;
- ▶ les informations médicales générales ;
- ▶ les antécédents médicaux et gynécologiques pour les femmes et les filles ; et
- ▶ une évaluation de l'état de santé mental en demandant comment la victime se sent et en notant les émotions pendant l'examen.

Garder une trace écrite de l'ensemble des actions et des orientations (médicales, psychosociales, sécurité, juridique, soutien communautaire) pour faciliter les soins de suivi. Veiller à ce que la documentation soit disponible pour des poursuites judiciaires si la victime choisit d'y avoir recours.

Pendant ce processus, les victimes doivent être rassurées quant au fait qu'elles maîtrisent la situation, qu'elles ne sont pas obligées de parler de choses qui les mettent mal à l'aise, et qu'elles peuvent interrompre le processus à tout moment. La victime est en droit de décider d'être examinée ou de refuser un élément de l'examen. Tous les aspects de l'examen doivent être expliqués et le consentement doit être obtenu avant de toucher la victime. Autoriser la victime à poser des questions et à accepter ou refuser un élément de l'examen et du traitement à tout moment.

### **Le système médico-légal et le recueil de preuves médico-légales<sup>51</sup>, dans la mesure du possible et si nécessaire :**

- ▶ Le/la coordinateur/coordinatrice SSR, en collaboration avec le chef de file du domaine de responsabilité sur la GBV et les experts légaux, doit connaître les dispositions du système médico-légal national y compris les lois et les politiques pertinentes par rapport à la violence sexuelle, et partager ces informations avec les parties prenantes.
- ▶ Les preuves médico-légales, si possible et quand elles peuvent être utilisées, doivent être collectées, conservées, analysées et utilisées uniquement si la victime donne son accord après une explication complète de chaque procédure. La gestion clinique des victimes de violence sexuelle est prioritaire par rapport au processus médico-légal.

49 Un exemple de formulaire d'anamnèse et d'examen se trouve en p. 44–47 du manuel intitulé *Gestion clinique des victimes de viol. Développement de protocoles à adopter avec les réfugiés et les personnes déplacées dans leur propre pays* (OMS, 2004), [http://iawg.net/wp-content/uploads/2016/08/Clinical\\_Management\\_2005\\_rev-1.pdf](http://iawg.net/wp-content/uploads/2016/08/Clinical_Management_2005_rev-1.pdf).

50 *Gestion clinique des victimes de viol : Développement de protocoles à adopter avec les réfugiés et les personnes déplacées dans leur propre pays* (OMS, 2004), [http://iawg.net/wp-content/uploads/2016/08/Clinical\\_Management\\_2005\\_rev-1.pdf](http://iawg.net/wp-content/uploads/2016/08/Clinical_Management_2005_rev-1.pdf).

51 Pour plus d'informations sur la collecte de preuves médico-légales, voir le *Manuel de terrain du Groupe interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire*, 2018 (IAWG, novembre 2018), p.27, <http://iawg.net/wp-content/uploads/2018/11/IAFM-web.pdf>.

**Traitement et conseils confidentiels et bienveillants :** Le traitement clinique des victimes de violence sexuelle peut être entamé sans examen si la victime en décide ainsi. Ce point sera examiné plus en détail dans cette section mais inclura :

1. **La contraception d'urgence ;**
2. **Les tests de grossesse, les informations sur les options en matière de grossesse et les soins liés à l'avortement sans risque/l'orientation vers les soins liés à l'avortement sans risque, dans les limites prévues par la loi ;**
3. **Le traitement présomptif des IST ;**
4. **La PPE pour prévenir la transmission du VIH ;**
5. **La prévention de l'hépatite B et du papillomavirus humain (VPH) ;**
6. **Le traitement des lésions et la prévention du tétanos ;**
7. **L'orientation vers d'autres services de santé, psychologiques et sociaux ; et**
8. **Les soins de suivi.**

Traiter les cas de complications graves en premier lieu et les orienter vers des établissements de santé de niveau supérieur, le cas échéant. Pour donner des directives aux prestataires de soins en vue de la prise en charge médicale après le viol de femmes, d'hommes et d'enfants, il convient de se référer à la ressource suivante publiée en 2004: *Gestion clinique des victimes de viol : Développement de protocoles à adopter avec les réfugiés et les personnes déplacées dans leur propre pays*<sup>52</sup>.

En outre, l'OMS, le HCR et le FNUAP possèdent un programme d'apprentissage électronique pour les prestataires de soins sur la *Gestion clinique des victimes de viol* qui est disponible en ligne en anglais et en français<sup>53</sup>.

## 1. La contraception d'urgence

La contraception d'urgence peut prévenir les grossesses non désirées et doit être mise à la disposition des victimes dès que possible et dans les 120 heures qui suivent l'acte de violence sexuelle<sup>54</sup>.

### Méthodes courantes de contraception d'urgence

Les pilules contraceptives d'urgence (CU) à progestatif seul sont la forme la plus répandue de CU et contiennent 1,5 mg de lévonorgestrel.

**Délais :** Les pilules de CU peuvent être utilisées jusqu'à 120 heures (5 jours) après les rapports sexuels non protégés mais elles sont plus efficaces si elles sont prises au plus tôt.

**Sécurité :** Les PCU à progestatif seul sont sans danger pour toutes les femmes, les filles et les adolescentes en âge de procréer, même pour celles à qui il a été conseillé de ne pas utiliser les

52 *Gestion clinique des victimes de viol : Développement de protocoles à adopter avec les réfugiés et les personnes déplacées dans leur propre pays.* (OMS, 2004), <https://www.unhcr.org/protection/health/403a0b7f4/clinical-management-rape-survivors-developing-protocols-use-refugees-internally.htm>.

53 « Gestion clinique des victimes de viol, » OMS, consulté le 8 avril 2019, <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/emergencies/9789241598576/fr/>.

54 Pour plus d'informations sur la contraception d'urgence et la recevabilité médicale, consulter le site internet du Consortium international pour la contraception d'urgence: <http://www.ec-ec.org/ecmethod>.

contraceptifs oraux combinés pour la contraception permanente, alors que la dose d'hormones est relativement limitée et les pilules sont utilisées pour une courte durée.

**Dépistage clinique** : Aucun examen ou test clinique (y compris un test de grossesse) n'est nécessaire avant de fournir des pilules de CU à progestatif seul.

**Mécanisme d'action** : Les pilules de CU retardent ou empêchent l'ovulation. Autre postulat du mécanisme : elles peuvent empêcher l'ovule de féconder les spermatozoïdes. Les PCU n'ont pas d'effet après la fécondation et ne peuvent pas interrompre ou interférer avec une grossesse établie. Autrement dit, la CU à progestatif seul ne peut pas provoquer un avortement.

**Effets secondaires** : Les pilules de CU sont sans danger et il n'y a pas de cas où les risques l'emportent sur les bienfaits. Ces effets secondaires peuvent inclure des cycles de saignements altérés, la nausée, les maux de tête, les douleurs abdominales, la sensibilité des seins, les vertiges et la fatigue. En cas de vomissements (rares) dans les deux heures suivant la prise d'une dose, la dose doit être répétée et si possible, un antiémétique peut être administré.

**Conseils** : Il y a peu de chance que les pilules soient inefficaces. Informer la victime que la menstruation doit avoir lieu à peu près au moment où elle est censée avoir lieu, mais jusqu'à une semaine avant ou après. Si elle n'a pas eu ses règles dans la semaine qui suit la date habituelle, elle doit revenir pour un test de grossesse et/ou évoquer les différentes options en cas de grossesse<sup>55</sup>.

**Utilisation répétée** : Les pilules de CU restent sans danger et efficaces pour prévenir la grossesse si elles sont prises plus d'une fois même pendant le même cycle menstruel, et il n'y a pas de limite quant au nombre de fois où la femme peut prendre des pilules de CU à progestatif seul. Cependant, l'utilisation d'une méthode contraceptive permanente est recommandée comme étant la meilleure façon de prévenir la grossesse.

**Les DIU en cuivre** peuvent également être insérés chez les femmes éligibles jusqu'à 5 jours après des rapports sexuels non protégés y compris dans les cas de violence sexuelle. Il s'agit d'une forme efficace de contraception post-coïtale qui permettra de prévenir plus de 99 % des grossesses attendues. Le risque d'ovulation étant faible jusqu'au 7<sup>e</sup> jour du cycle menstruel, une femme peut se faire poser un DIU en cuivre au-delà de 5 jours après l'acte de violence sexuelle, lorsque l'ovulation peut faire l'objet d'une estimation et à condition que l'insertion n'ait pas lieu plus de 5 jours après l'ovulation.

Les prestataires doivent fournir des informations et prodiguer des conseils complets sur ce service (en prenant soin d'éviter d'autres traumatismes) aux victimes de manière à ce qu'elles puissent prendre une décision volontaire et informée quant à l'utilisation des pilules de CU ou l'insertion d'un DIU. Les conseils doivent inclure des informations sur les risques, les avantages, les effets secondaires et les complications. Seul un agent qualifié peut poser un DIU et uniquement après avoir effectué un examen pelvien.

Si un DIU est inséré, veiller à administrer un traitement complet des IST notamment des antibiotiques pour traiter empiriquement les IST et/ou les maladies pelviennes inflammatoires. Le DIU peut être retiré au moment des prochaines menstruations d'une femme ou laissé en place comme contraception permanente.

55 « Comment être raisonnablement sûr que la cliente n'est pas enceinte (listes de contrôle), » FHI360, 2015, <https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/checklist-pregnancy-french.pdf>.

Si les pilules de CU à progestatif seul ne sont pas disponibles dans le pays, **les pilules contraceptives orales combinées** peuvent être utilisées (méthode Yuzpe).

- ▶ Deux doses de pilule contraceptive orale combinée sont nécessaires. Les pilules contraceptives orales combinées contiennent différents dosages ; le prestataire doit procéder à un calcul pour faire en sorte que chaque dose contienne des œstrogènes (100–120 mcg d'éthinylestradiol) et de la progestérone (0,50-0,60 mg de lévonorgestrel ou 1,0-1,2 de norgestrel).
- ▶ La première dose doit être prise dès que possible après des rapports sexuels non protégés (de préférence dans les 72 heures mais au plus tard dans les 120 heures ou 5 jours) et la seconde dose doit être prise 12 heures plus tard.
- ▶ En cas de vomissements dans les heures qui suivent la prise d'une dose, il faut reprendre une dose.
- ▶ Les pilules hormonales combinées sont moins efficaces et causent plus d'effets secondaires que les pilules de CU à progestatif seul et l'acétate d'ulipristal.

## **2. Les tests de grossesse, les informations sur les options en matière de grossesse et les soins liés à l'avortement sans risques, dans les limites prévues par la loi**

Fournir des tests de grossesse au moment de la première présentation, mais ne pas refuser la CU si le test n'est pas disponible. Fournir des tests de grossesse supplémentaires lors des visites de suivi à 2 semaines et 1 mois. Donner des informations précises sur les options en matière de grossesse y compris la poursuite de la grossesse et les responsabilités parentales, la poursuite de la grossesse et la mise à l'adoption de l'enfant, et l'avortement le cas échéant, et des conseils objectifs pour faciliter la prise de décision informée. Si la victime est enceinte suite à un acte de violence sexuelle et si un avortement est envisagé, fournir des soins liés à l'avortement sans risques et orienter la victime vers un service compétent pour ces soins, dans les limites prévues par la loi.

## **3. Le traitement présomptif des IST**

Administrer des antibiotiques aux victimes pour le traitement présomptif de la gonorrhée, de l'infection à chlamydia et de la syphilis si besoin et si souhaité<sup>56</sup>. Si d'autres IST sont prévalentes dans la région (comme la trichomonase ou le chancre mou), administrer un traitement présomptif pour ces infections également.

## **4. La prophylaxie post-exposition (PPE) pour prévenir la transmission du VIH.**

La probabilité que le VIH puisse être transmis après un acte de violence sexuelle peut être limitée par l'administration rapide de la prophylaxie après exposition au VIH (PPE)<sup>57</sup>. La PPE doit être proposée et initiée dès que possible (au plus tard dans les 72 heures suivant l'exposition et elle doit être

56 *Manuel de terrain du Groupe interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire*, p. 34-35.

57 *Manuel de terrain du Groupe interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire*, p. 42-43.

continuée pendant 28 jours) pour toutes les personnes potentiellement exposées à la transmission du VIH. La grossesse n'est pas une contre-indication (cas dans lesquels le traitement ne doit pas être fourni) pour la PPE.

## 5. La prévention de l'hépatite B et du papillomavirus humain (VPH)

Administrier un vaccin contre l'hépatite B dans les 14 jours suivant l'agression à moins que la victime soit déjà vaccinée. Envisager l'administration d'un vaccin contre le VPH à toute personne âgée de 26 ans ou moins, à moins que la victime ait déjà été vaccinée.

## 6. Le traitement des lésions et la prévention du tétanos

Nettoyer toute ouverture, coupure et écorchure et recoudre les lésions propres sous 24 heures. Administrier une prophylaxie contre le tétanos en cas de lésion de la peau ou des muqueuses et si la victime n'a pas été vaccinée contre le tétanos ou lorsque le statut vaccinal est incertain.

## 7. L'orientation vers d'autres interventions en situations de crise

Avec le consentement de la victime ou à sa demande, proposer une orientation vers :

- ▶ un hôpital en cas de complications graves ou de complications impossibles à traiter au niveau de l'établissement de santé ;
- ▶ des services sociaux ou de protection si la victime ne peut pas aller dans un lieu sûr en quittant l'établissement de santé et ;
- ▶ des services psychosociaux et de santé mentale, le cas échéant ; se mettre en relation avec les points focaux VBG et de protection pour identifier les services psychosociaux dans ce contexte. Cela peut inclure les services dispensés par les populations touchées, les associations de femmes et d'autres groupes d'appui.

## 8. Les soins de suivi

- ▶ Si possible, le suivi est recommandé à 2 semaines, 1 mois, 3 mois, et 6 mois, après l'incident.
- ▶ Poursuivre le soutien psychosocial de première ligne et les soins, suivre les besoins en santé mentale et orienter vers des services d'appui psychosocial et/ou de santé mentale si nécessaire.
- ▶ Proposer des tests de grossesse à 2 et 4 semaines après l'incident.
- ▶ Assurer un suivi des blessures et du programme de vaccination contre le tétanos le cas échéant.
- ▶ Si cela s'avère opportun, évoquer le respect de la prophylaxie des IST ou du traitement y compris la PPE et le vaccin contre l'hépatite B (doses additionnelles à 1 mois et à 6 mois), le test de dépistage du VIH à 3 mois et 6 mois, et l'état de la grossesse et les options en matière de grossesse.



## La mise en œuvre du DMU pour la SSR sur le terrain en Jordanie

En 2013, l'évaluation du DMU pour la SSR menée en Jordanie par la Women's Refugee Commission a indiqué que la planification de l'intervention face à la violence sexuelle était insuffisante dans les camps et les zones urbaines<sup>58</sup>. Les difficultés étaient liées au faible nombre de prestataires formés, à l'absence d'un protocole de gestion clinique du viol, aux problèmes d'utilisation de la CU et de la PPE. La violence sexuelle représentait aussi un tabou au sein de la communauté et beaucoup de personnes n'avaient pas connaissance des services disponibles. Ces facteurs et la crainte de représailles compliquaient la possibilité pour les victimes de faire un choix informé concernant le recours aux soins.



## Pratique observée : Prévenir et gérer les conséquences de la violence sexuelle à Cox's Bazar, Bangladesh

- ▶ Durant les phases initiales de la situation d'urgence, les organisations ont eu recours à des incitations comme les bons de transport, pour promouvoir l'utilisation et la localisation des services dans les établissements. Le déploiement anticipé d'un programme communautaire volontaire a également permis d'informer les communautés à propos de la disponibilité et de la localisation des services pour les victimes de violence sexuelle<sup>59</sup>.
- ▶ Une solide coordination a été établie entre le groupe de travail sur la SSR et le groupe de protection/le groupe de travail sur la VBG, ce qui a contribué à rapidement instaurer des mesures préventives pour protéger les populations touchées en particulier les femmes et les filles, contre la violence sexuelle.
- ▶ Les sessions de formation sur la prise en charge clinique des victimes de violence sexuelle ont été co-facilitées par le groupe de travail sur la SSR et les experts du groupe de travail sur la VBG au début de l'intervention.
- ▶ Des espaces sécurisés réservés aux femmes ont immédiatement été créés près des établissements de santé, ce qui a permis d'établir un lien étroit et des orientations rapides et faciles.

58 Krause, et al., « Reproductive Health Services for Syrian Refugees. »

59 Visite de site, Women's Refugee Commission, février 2018.

## Considérations particulières pour des populations spécifiques

<b>Les enfants</b>	Le/la coordinateur/coordinatrice SSR doit comprendre et diffuser des informations sur les lois propres au pays en ce qui concerne l'âge du consentement au traitement, le professionnel habilité à donner le consentement légal aux soins cliniques si l'un des parents ou tuteur est l'agresseur présumé (par exemple, un/une représentant/ représentante de la police, des services communautaires, ou le tribunal), et les exigences et procédures relatives au signalement obligatoire lorsque les prestataires de services soupçonnent ou sont informés d'un cas de maltraitance d'enfants. Aucun examen vaginal, anal ou par spéculum ne doit être pratiqué sur les enfants à moins que cela soit absolument nécessaire. Dans ces cas-là, les enfants doivent être orientés vers un spécialiste. Les protocoles indiquant les dosages de médicaments adaptés doivent être affichés ou facilement accessibles pour les prestataires de services.
<b>Victimes masculines</b>	Les victimes masculines sont moins susceptibles de signaler un incident en raison de la honte, de la criminalisation des relations sexuelles homosexuelles, des attitudes négatives ou méprisantes des prestataires et du manque de reconnaissance de l'ampleur du problème. Les victimes masculines souffrent de traumatismes physiques et psychologiques semblables à ceux des victimes féminines et ils doivent avoir accès à des services confidentiels, respectueux et non-discriminatoires qui fournissent des soins complets.
<b>Personnes handicapées (handicap intellectuel et physique)</b>	Les personnes handicapées y compris les femmes, les filles, les garçons et les hommes, sont davantage exposés au risque de violence sexuelle et sont souvent confrontées à une discrimination extrême de la part des prestataires de service. Les aidants (en général, des femmes et des filles) des personnes handicapées peuvent aussi être exposés au risque de violence et d'exploitation en raison de l'isolement, ce qui peut limiter leur accès au soutien social, économique et matériel. Les organisations de personnes handicapées au sein des communautés d'accueil disposent souvent de ressources que les agents de santé peuvent utiliser pour faire en sorte que les soins cliniques soient fournis à cette population qui est souvent cachée.
<b>Personnes LGBTQIA</b>	Les personnes LGBTQIA sont confrontées à un certain nombre de facteurs de risque de violence sexuelle et il est important de reconnaître que chaque population a des besoins distincts et qu'elle est exposée à des risques différents. Les personnes LGBTQIA peuvent être confrontées des pratiques discriminatoires de la part des prestataires de santé, ce qui les empêche de recourir aux services de SSR. L'ouverture d'un dialogue avec les organisations d'entraide ou de droits des personnes LGBTQIA et les dispositions visant à rendre les établissements de santé plus respectueux de la diversité permettraient à ces populations d'accéder à des services de santé essentiels.
<b>Personnes se livrant au travail du sexe</b>	Les personnes qui se livrent au travail du sexe sont souvent confrontées à la stigmatisation et à la discrimination de la part des prestataires de santé qui peuvent être moins susceptibles de prendre au sérieux la violence sexuelle à l'égard de cette population. Les acteurs humanitaires doivent nouer le dialogue avec cette population pour développer des programmes sur les soins de SSR.
<b>Minorités ethniques et religieuses</b>	Les minorités ethniques et religieuses sont confrontées à des degrés divers de stigmatisation et de discrimination qui les rendent plus vulnérables face à la violence sexuelle y compris l'oppression et le harcèlement. Il est important de former les soignants, les prestataires et d'autres responsables sur les pratiques non discriminatoires liées à la prestation de service de SSR.



### Pourquoi est-il fréquent que les actes de violence sexuelle ne soient pas signalés ?

Même en dehors des contextes de crise, la violence sexuelle ne fait généralement pas l'objet de signalement en raison d'un certain nombre de facteurs, notamment la peur des représailles, la honte, la stigmatisation, l'impuissance, le manque de connaissances concernant les bienfaits du recours aux services et au soutien, la non-fiabilité de la santé publique et d'autres services, le manque de confiance à l'égard des services, et l'absence de confidentialité. Toutes ces circonstances sont aggravées lors des situations de crise humanitaire, ce qui accroît la probabilité que les incidents de violence sexuelle au sein de la population ne soient pas signalés. Bien que la gestion clinique de la violence sexuelle et d'autres services soit un élément clé de l'intervention, la gestion des cas de violence sexuelle doit également s'appuyer sur un environnement où les femmes sont protégées, soutenues et en mesure d'accéder à ces soins.

Même en l'absence de cas signalés, les services doivent être mis en place. ***L'ensemble du personnel humanitaire doit partir du principe que la violence sexuelle est un fait et la traiter comme une question cruciale de protection, et il doit agir comme indiqué, pour limiter les risques de violence sexuelle en s'appuyant sur des interventions sectorielles, indépendamment de la présence ou de l'absence de preuves concrètes.***

### Quels sont les mécanismes que les agences peuvent utiliser pour répondre à la violence sexuelle ?

#### Code de conduite

Un code de conduite contre l'exploitation et la violence sexuelle est un ensemble de directives établies par une agence et il stipule que le personnel de cette entité doit respecter les droits humains fondamentaux, la justice sociale, la dignité humaine et les droits des femmes, des hommes et des enfants. Il indique aussi aux personnels qu'il est de leur devoir de faire preuve de respect, condition sine qua non de leur emploi. Un code de conduite applicable constitue une composante essentielle de la responsabilité des acteurs humanitaires envers les bénéficiaires. Toutes les agences humanitaires y compris celles qui sont impliquées dans la mise en œuvre du DMU pour la SSR, doivent être dotées d'un code de conduite et de politiques ayant pour but de prévenir l'exploitation et la violence sexuelle. Les agences doivent faire en sorte que l'ensemble des personnels s'engagent à adhérer aux directives et qu'ils aient bénéficié d'orientations sur leurs responsabilités. Pour développer ces directives, les agences peuvent s'appuyer sur les ressources suivantes : *Protection from Sexual Exploitation and Abuse Implementation Quick Reference Handbook*<sup>60</sup> de Core Humanitarian Standards Alliance et *Champion on Sexual Exploitation and Abuse and Sexual Harassment* du CPI<sup>61</sup>.

60 Corinne Davey et Lucy Heaven Taylor, *PSEA Implementation Quick Reference Handbook* (Core Humanitarian Standards Alliance, juillet 2017), <http://www.pseataskforce.org/uploads/tools/1499958998.pdf>.

61 Champion on Protection from Sexual Exploitation and Abuse and Sexual Harassment, <https://interagencystandingcommittee.org/iasc-champion-on-protection-from-sexual-exploitation-and-abuse-and-sexual-harassment>.

Un Code de conduite est pertinent pour l'ensemble du personnel—international et local. Les agences doivent veiller à ce que le personnel recruté auprès des organisations locales ou des personnes issues de la communauté local signe le Code de conduite, suive une orientation et puisse en discuter. Les bénéficiaires et les communautés affectées doivent être informées et se familiariser avec les règles et les systèmes des sites de manière à pouvoir les utiliser en cas de violation. Le/la coordinateur/coordinatrice SSR doit appuyer le développement d'un système pour le signalement confidentiel et le suivi des cas d'exploitation et de violence sexuelle.

## **Les six principes du groupe de travail du CPI sur la protection et l'exploitation et la violence sexuelle à inclure dans les Codes de conduite des Nations Unies et des ONG**

- ▶ L'exploitation et la violence sexuelle perpétrées par des travailleurs humanitaires constituent des fautes graves et sont par conséquent un motif de licenciement.
- ▶ L'activité sexuelle avec les enfants (les personnes de moins de 18 ans) est interdite indépendamment de l'âge de la majorité ou de l'âge du consentement en vigueur localement. La croyance erronée concernant l'âge d'un enfant ne constitue pas un argument valable.
- ▶ Les échanges d'argent, d'emploi, de biens ou de services contre des rapports sexuels y compris des faveurs sexuelles ou d'autres formes d'humiliation, de comportement dégradant ou allant jusqu'à l'exploitation sont interdits. Cela inclut le détournement de l'aide qui revient aux bénéficiaires.
- ▶ Toute relation sexuelle entre les personnes qui assurent l'assistance et la protection humanitaires et une personne qui bénéficie de cette assistance et de cette protection humanitaires impliquant un exercice abusif de ses fonctions est interdite. De telles relations portent préjudice à la crédibilité et l'intégrité du travail humanitaire.
- ▶ Lorsqu'un travailleur humanitaire est préoccupé et soupçonne des actes de violence ou d'exploitation sexuelle par un collègue de travail, que ce soit dans la même agence ou non, elle/il doit signaler ce problème par l'intermédiaire des mécanismes de signalement de l'agence.
- ▶ Les travailleurs humanitaires doivent créer et maintenir un environnement permettant la prévention de l'exploitation et la violence sexuelle et promouvant la mise en œuvre de leur code de conduite. À tous les échelons, les décideurs ont des responsabilités spécifiques pour appuyer et développer les systèmes qui préservent cet environnement<sup>62</sup>.

62 Cité dans *Protection from Sexual Exploitation and Abuse (PSEA) Inter-Agency Cooperation in Community-Based Complaint Mechanisms : Global Standard Operating Procedures* (CPI, mai 2016), <https://fscluster.org/document/iasc-psea-Inter-Agency-cooperation>.

## Mécanismes de plainte

Les plaintes contre l'exploitation et la violence sexuelle doivent être prises très au sérieux. Les agences doivent développer un système de réponse pour gérer correctement les plaintes qui leur sont présentées. Ces mécanismes doivent être sécurisés, confidentiels, transparents et accessibles. Ils comprennent les éléments suivants :

- ▶ **des procédures de signalement claires et établis** de manière à ce que le personnel, les communautés et les personnes touchées par la crise sachent comment et quand signaler de manière confidentielle des cas d'exploitation et de violence sexuelle. Cela est particulièrement important si votre agence est la seule organisation qui fournit des services au sein de la communauté.
- ▶ **Une culture organisationnelle qui incite à la discussion et au questionnement sur le comportement adapté concernant la protection des bénéficiaires face à l'exploitation et à la violence sexuelle.** Une telle culture permet au personnel de porter à la connaissance d'un superviseur un comportement douteux.
- ▶ **Rapports de signalement rapide d'exploitation et de violation sexuelle en vue d'une enquête.** Les agences doivent se préparer à assurer des enquêtes solides et engagées en cas de signalement. Elles doivent faire preuve de réactivité pour aider les victimes concernées<sup>63</sup>.
- ▶ **Les mesures disciplinaires et la criminalisation des actes d'exploitation et de violence sexuelle** qui peuvent inclure le licenciement, la rétrogradation, une amende ou la mise à pied sans salaire. S'il s'agit d'une infraction pénale, elle doit être soumise aux autorités policières concernées<sup>64</sup>.
- ▶ **Un accord selon lequel l'agence conservera tous les documents originaux sur les allégations dans les dossiers correspondants pour référence ultérieure.** Les documents doivent rester confidentiels et être accessibles uniquement au personnel concerné.



Si vous connaissez quelqu'un qui a subi des actes d'exploitation et de violence sexuelle, signalez l'incident à l'autorité concernée, de manière confidentielle, conformément aux dispositions prévues par les mécanismes de plaintes.

63 Pour un exemple de formulaires d'incident, voir l'Annexe 4 dans *Inter-Agency PSEA-CBCM Best Practice Guide* (Comité permanent interorganisations, 2016), <https://interagencystandingcommittee.org/accountability-affected-populations-including-protection-sexual-exploitation-and-abuse/documents-50>.

64 *Inter-Agency PSEA-CBCM Best Practice Guide*.

## Session 3 : Points clés

- ▶ La violence sexuelle est définie comme tout acte sexuel, tentative d'obtenir un acte sexuel, tous commentaires ou avances de nature sexuelle, ou actes visant au trafic sexuel d'une personne en ayant recours à la coercition, aux menaces ou à la force physique, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans n'importe quel contexte y compris le domicile mais pas seulement. Le DMU pour la SSR traite principalement le viol/la tentative de viol, la violence sexuelle et l'exploitation sexuelle. Une fois que la situation se stabilise et que toutes les composantes du DMU pour la SSR ont été mises en œuvre, il convient d'aborder un éventail plus large de questions relatives à la VBG.
- ▶ La violence sexuelle est une violation des droits humains qui porte atteinte à la santé physique et mentale, et au bien-être social de la victime tout en ayant des conséquences sur la famille de la victime et la communauté élargie.
- ▶ Pendant les situations d'urgence comme les conflits ou les catastrophes naturelles, le risque de violence, d'exploitation et de maltraitance est exacerbé, surtout à l'égard des femmes et des filles.
- ▶ Les adolescentes, les personnes handicapées (surtout sur le plan intellectuel), et les populations LGBTQIA sont particulièrement exposées à la violence sexuelle car elles sont souvent touchées par l'exploitation sexuelle et le viol.
- ▶ Tous les acteurs humanitaires sont responsables de la prévention et du signalement de l'exploitation et de la violence sexuelles et ils doivent faire en sorte que l'aide humanitaire soit fournie de manière impartiale, sans préjugé ou discrimination fondée sur l'âge, le sexe, le genre et l'identité de genre, le statut matrimonial, l'orientation sexuelle, le lieu (par ex. rural/urbain), le handicap, la race, la couleur de peau, la langue, la religion, les opinions politiques ou autres, les origines nationales, ethniques ou sociales, la propriété, la naissance ou d'autres caractéristiques.
- ▶ Une approche multisectorielle suivant un mode opératoire standard dans chaque contexte, est nécessaire pour la prévention et la protection de la population touchée et pour réagir comme il se doit face à la violence sexuelle.
- ▶ Pour répondre aux besoins des victimes de violence sexuelle, les principes directeurs à appliquer sont la sécurité, la confidentialité, le respect et la non-discrimination.
- ▶ Une approche axée sur la victime implique que les droits, les besoins et les souhaits de la victime sont prioritaires.
- ▶ Les composantes des soins cliniques destinés aux victimes de violence sexuelle comprennent la communication de soutien ; les antécédents et l'examen ; le système médico-légal et la collecte de preuves médico-légales dans la mesure du possible et si nécessaire ; et le traitement et les conseils bienveillants et confidentiels y compris la CU, les tests de grossesse, les informations sur les options en matière de grossesse et les soins liés à l'avortement sans risques/l'orientation pour des soins liés à l'avortement sans risques dans les limites prévues par la loi, le traitement présomptif des IST, la PPE, la prévention de l'hépatite B et du VPH, les soins des lésions et la prévention du tétanos et l'orientation vers d'autres services de santé, psychologiques et sociaux.
- ▶ Le/la coordinateur/coordinatrice et le personnel de programmes sur la SSR doivent informer la communauté à propos de l'importance du recours aux soins médicaux immédiats suite à

un acte de violence sexuelle et le type, le lieu et les horaires des services disponibles pour les victimes de violence sexuelle.

- ▶ Parmi les raisons pour lesquelles la violence sexuelle ne fait généralement pas l'objet de signalement figurent la peur des représailles, la honte, la stigmatisation, l'impuissance, le manque de connaissances concernant les bienfaits du recours aux services et au soutien, la non-fiabilité de la santé publique et d'autres services, le manque de confiance à l'égard des services, et le manque de confidentialité.
- ▶ Toutes les agences humanitaires notamment celles qui sont impliquées dans la mise en œuvre du DMU pour la SSR, doivent être dotées d'un code de conduite et de politiques ayant pour but de prévenir l'exploitation et la violence sexuelle.
- ▶ Les agences doivent développer un mécanisme de réponse sûr, confidentiel, transparent et accessible pour gérer correctement les plaintes contre l'exploitation et la violence sexuelle qui sont portées à la connaissance à leur connaissance.

## Difficultés et solutions

Difficultés	Solutions
Que se passe-t-il si les membres du personnel ont des capacités limitées et manquent de compétences élémentaires pour fournir des services psychosociaux ?	<p>Le personnel local sera en mesure d'identifier les personnes ayant une attitude neutre, faisant preuve de soutien et étant dotées des compétences en communication pour cette fonction, au niveau local.</p> <p>Il est fondamental que l'ensemble du personnel qui entre en contact avec une victime respecte ses souhaits et veille à ce que toutes les informations relatives à sa situation médicale et sanitaire restent confidentielles et privées, notamment à l'égard des membres de la famille de la victime.</p> <p>Les membres du personnel doivent communiquer avec la victime en garantissant le partage d'informations précises et en ayant une attitude bienveillante et neutre.</p> <p>Les programmes de formation sur le soutien psychosocial peuvent être mis en place une fois que la situation se sera stabilisée. Des programmes de formation continue peuvent être fournis pendant la phase aiguë d'une situation d'urgence, si nécessaire. Le suivi de cette formation dans le cadre de la préparation aux urgences serait aussi utile.</p> <p>Les ressources recommandées qui sont consacrées aux stratégies de mobilisation pour le travail auprès des victimes de violence sexuelle comprennent :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence</i><sup>65</sup></li></ul>

65 *Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence* (CPI, 2009), [http://www.who.int/mental\\_health/emergencies/guidelines\\_iasc\\_mental\\_health\\_psychosocial\\_june\\_2007.pdf](http://www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_june_2007.pdf). D'autres outils figurent sur la page web du CPI « Mental Health and Psychosocial Support, » <https://interagencystandingcommittee.org/product-categories/mental-health-and-psychosocial-support>.

- *La prise en charge des enfants ayant subi des violences sexuelles en situations de crise humanitaire : Guide destiné aux prestataires de services de santé et de services psychosociaux (1<sup>è</sup> éd.)*<sup>66</sup>
- *Responding to Children and Adolescents Who Have Been Sexually Abused*<sup>67</sup>
- *Directives du Comité permanent interorganisations sur la violence basée sur le genre dans l'action humanitaire*<sup>68</sup>
- *Establishing Gender-based Violence Standard Operating Procedures*<sup>69</sup>

Que peut-on faire dans les contextes où la violence sexuelle est taboue et/ou dans lesquels les agents de santé locaux et les membres de la communauté opposent une forte résistance à la lutte contre la violence sexuelle ?

Même dans les contextes où la violence sexuelle est vivement rejetée, il est important de trouver des moyens innovateurs pour y remédier. Par exemple, une ONG locale travaillant avec une population de réfugiés très conservatrice a organisé des ateliers « de santé familiale » pour les réfugiées. Ces ateliers traitaient un vaste éventail de questions sanitaires, notamment la violence sexuelle. Ainsi, la communauté a acquis des connaissances sur la violence sexuelle y compris les raisons, le lieu et le moment auquel il faut recourir aux soins médicaux si elle ou une de ses connaissances est agressée.

Que se passe-t-il si le personnel n'a pas été formé aux soins cliniques destinés aux victimes de violence sexuelle ?

Il est important que les organisations déploient le personnel de SSR formé à la gestion clinique des victimes de violence sexuelle.

Travailler avec les capacités existantes du personnel local et planifier des formations sur les soins cliniques des victimes de violence sexuelle dès que possible.

Il est également utile d'ajouter la formation sur les soins cliniques dispensés aux victimes de violence sexuelle en tant que composante de la préparation aux urgences.

66 *La prise en charge des enfants ayant subi des violences sexuelles en situations de crise humanitaire : Guide destiné aux prestataires de services de santé et de services psychosociaux* (IRC et UNICEF, 2012), [https://resourcecentre.savethechildren.net/sites/default/files/documents/irc\\_ccs\\_guide\\_french\\_0.pdf](https://resourcecentre.savethechildren.net/sites/default/files/documents/irc_ccs_guide_french_0.pdf).

67 *Responding to Children and Adolescents Who Have Been Sexually Abused : WHO Clinical Guidelines* (OMS, 2017), <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259270/9789241550147-eng.pdf?sequence=1>.

68 *Directives pour l'intégration d'interventions ciblant la violence basée sur le genre dans l'action humanitaire : Réduction des risques, promotion de la résilience et aide au relèvement* (CPI, 2015), [https://gbvguidelines.org/wp/wp-content/uploads/2016/03/2015-IASC-Directrices-VBG\\_version-francaise.pdf](https://gbvguidelines.org/wp/wp-content/uploads/2016/03/2015-IASC-Directrices-VBG_version-francaise.pdf)

69 *Ressources sur la violence basée sur le genre : Establishing Gender-Based Violence Standard Operating Procedures* (IASC Sub-Working Group on Gender and Humanitarian Action, mai 2008), <https://www.k4health.org/toolkits/igwg-gender/establishing-gbv-standard-operating-procedures-sops>.

# LISTE DE CONTRÔLE : PRÉVENIR LA VIOLENCE SEXUELLE ET RÉPONDRE AUX BESOINS DES VICTIMES

La liste de contrôle ci-dessous peut être utilisée pour suivre la prestation des services de SSR dans les contextes humanitaires.

3. Prévenir la violence sexuelle et répondre aux besoins des victimes			
		Oui	Non
3.1	Des mécanismes multisectoriels coordonnés pour prévenir la violence sexuelle sont en place		
3.2	Accès sécurisé aux établissements de santé		
	Pourcentage d'établissements de santé dotés de mesures de sécurité (latrines séparées pour les hommes et pour les femmes pouvant être verrouillées de l'intérieur; éclairage autour de l'établissement de santé; système pour contrôler qui entre ou quitte l'établissement, comme des agents de sécurité ou d'accueil)		%
3.3	Services de santé confidentiels pour prendre en charge les victimes de violence sexuelle	Oui	Non
	Pourcentage d'établissements de santé prenant en charge les victimes de violence sexuelle : (Nombre d'établissements de santé offrant des soins/tous les établissements de santé) x 100		%
	Contraception d'urgence (CU)		
	Test de grossesse (non requis pour obtenir la CU ou la prophylaxie après exposition au VIH [PPE])		
	Grossesse		
	PPE		
	Antibiotiques pour prévenir et traiter les IST		
	Anatoxine tétanique/immunoglobuline tétanique		
	Vaccin contre l'hépatite B		
	Soins liés à l'avortement sans risques		
	Orientation vers des services de santé		
	Orientation vers des services de soins liés à l'avortement sans risques		
	Orientation vers des services psychologiques et de soutien social		
3.4	Nombre de cas de violence sexuelle signalés aux services sanitaires		
	Pourcentage des victimes de violence sexuelle éligibles qui reçoivent la PPE dans les 72 heures suivant un incident : (nombre de victimes éligibles qui bénéficient d'une PPE dans les 72 heures suivant un incident/nombre total de victimes éligibles pour la PPE) x 100		%
3.5	Informations sur les bienfaits et la localisation des soins pour les victimes de violence sexuelle		

# SUPPORTS ET FOURNITURES

## Quelles sont les fournitures nécessaires ou quels kits de SR pourraient être commandés pour dispenser des soins cliniques aux victimes de violence sexuelle ?

### Kits de SR (2019)

Les kits de SR sont classés selon 3 niveaux qui ciblent les 3 niveaux de prestation de service. Les kits ont pour but d'être utilisés pendant une période de 3 mois pour une population spécifique<sup>70</sup>.

**Note :** Les kits de SR ne sont pas spécifiques à un contexte ou complets. Les organisations ne doivent pas uniquement dépendre des kits de SR et doivent prévoir d'inclure l'approvisionnement en fournitures de SSR dans leurs systèmes d'approvisionnement sanitaire habituel dès que possible. Cela permettra non seulement d'assurer la durabilité des fournitures mais aussi l'élargissement des services de SSR issus du DMU aux soins complets.

Niveau des soins de santé	Numéro de kit	Nom du kit
Communauté/poste de santé	Kit 3	Traitement post-viol
Communauté/poste de santé	Kit 5	Traitement IST
Communauté/poste de santé	Kit 8	Prise en charge des complications liées à un avortement spontané ou à un avortement
Communauté/poste de santé	Kit 9	Réparation des déchirures du col utérin et vaginales

### Produits complémentaires

Les produits complémentaires peuvent être commandés si les conditions le permettent et en fonction des capacités des agents de santé. Les produits complémentaires seront disponibles auprès du FNUAP en 2020.

Prestation de service	Élément	En complément des
Communauté/poste de santé	Misoprostol*	Kit 2B, 6A, 8
Établissement de soins de santé primaires (SONUB)	Mifépristone	Kit 8

\* Le misoprostol peut également être acheté pour compléter les kits 6A et 8 pour les établissements de soins de santé primaires.

Dans la mesure du possible, il est important de pré-enregistrer des kits et les produits de SR avant une crise et pour éviter l'achat de médicaments qui ne sont pas enregistrés ou autorisés dans un pays pendant une situation de crise humanitaire.

70 Les kits de SR version 2019 seront disponibles début 2020. Vérifier auprès du FNUAP (<https://www.unfpa.org>) ou de l'IAWG (<http://iawg.net/resource/inter-agency-reproductive-health-kits-2011>) pour confirmer la disponibilité des kits modifiés. Pour des informations sur les kits disponibles avant 2020, voir les *kits de santé reproductive du Groupe interorganisations pour les situations de crise* (5<sup>e</sup> éd., 2011) sur <http://iawg.net/resource/inter-agency-reproductive-health-kits-2011>.



## Quiz sur la Session 3 : Prévenir la violence sexuelle et répondre aux

1. Si une victime ne se sent pas à l'aise pour subir un examen et le refuse, l'agent de santé doit lui expliquer que le traitement et les médicaments ne peuvent être administrés qu'après un examen.

**Vrai ou Faux**

2. Les soins cliniques destinés aux victimes de violence sexuelle comprennent tout **sauf** :
  - a. Les antécédents et l'examen
  - b. La communication de soutien
  - c. Le traitement présomptif des IST
  - d. Le test de grossesse, et s'il est négatif, alors administrer la PPE uniquement à ce moment-là
  - e. La contraception d'urgence dès que possible et dans les 120 heures qui suivent le viol
  - f. Les informations sur les options en matière de soins liés à l'avortement sans risques/ orientation pour des soins liés à l'avortement sans risques, dans les limites prévues par la loi

3. Les victimes masculines sont plus susceptibles de signaler un incident de violence sexuelle.

**Vrai ou Faux**

4. Les auteurs de violence sexuelle sont souvent des partenaires ou d'autres personnes connues de la victime.

**Vrai ou Faux**

5. Que devrez-vous faire si vous soupçonnez qu'un membre du personnel viole les principes fondamentaux de la protection face à l'exploitation et la violence sexuelle ?
  - a. Enquêter pour savoir si le membre du personnel enfreint la règle
  - b. Parler au membre du personnel et lui demander de cesser ses actes
  - c. Signaler le membre du personnel concerné à votre superviseur ou point focal pour une protection contre l'exploitation et la violence sexuelle
  - d. Ne rien faire