



HAL
open science

**Les violences basées sur le genre en situation de crise
humanitaire : évaluation des programmes de prévention :
étude bibliographique**

Méloé Vincent

► **To cite this version:**

Méloé Vincent. Les violences basées sur le genre en situation de crise humanitaire : évaluation des programmes de prévention : étude bibliographique. Gynécologie et obstétrique. 2017. dumas-01665150

HAL Id: dumas-01665150

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01665150v1>

Submitted on 15 Dec 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE CATHOLIQUE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE ET MAIEUTIQUE
FILIERE MAIEUTIQUE

**LES VIOLENCES BASEES SUR LE GENRE EN SITUATION DE CRISE
HUMANITAIRE : EVALUATION DES PROGRAMMES DE PREVENTION**

Etude bibliographique

Mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme
Présenté et soutenu par
Méloé VINCENT
Sous la direction de
Mme Elodie HUBERT – Sage-femme enseignante

ANNEE UNIVERSITAIRE 2016-2017

REMERCIEMENTS

- A Madame Elodie HUBERT, ma Directrice de mémoire et sage-femme enseignante référente, pour son soutien, ses conseils, sa patience, sa pertinence et son aide à la réalisation de ce mémoire
- A Madame Brigitte EMMERY, sage-femme enseignante, pour m'avoir entendue et soutenue dans mes démarches et mes choix
- A Madame Christiane ROUX, directrice de la filière maïeutique à la Faculté de Médecine et Maïeutique de Lille, pour m'avoir permis de poursuivre la réalisation de ce mémoire
- A Madame Marie-Laure DENEFFE DOBRYNZKI, sage-femme consultante en socio-anthropologie et santé publique pour son expertise
- A mes parents, mes sœurs pour leur confiance et leur bienveillance
- A Blanche RUCCIO pour son soutien inébranlable et ses compétences en informatique

SOMMAIRE

Liste des acronymes	p2
Glossaire	p3
Introduction	p6
Matériel et méthodes	p12
1) Sélection d'une base de données.....	p13
2) Choix des mots clés.....	p13
3) Critères d'inclusion et d'exclusion.....	p14
4) Sélection des articles.....	p16
5) Création d'une base de données d'articles.....	p16
Résultats	p17
Analyse et discussion	p34
1) Analyse critique de l'étude.....	p35
2) Analyse des données qualitatives et sociodémographiques sur les violences basées sur le genre en situation de crises humanitaires.....	p40
3) Moyens de prévention contre les violences basées sur le genre : analyse des programmes sélectionnés.....	p56
Conclusion	p64
Références bibliographiques	
Annexes	

LISTE DES ACRONYMES

CIPD : Conférence Internationale sur la Population et de Développement

IDP : Internally Displaced Persons (personne déplacé interne)

IPV : Intimate Partner Violence (violence domestique)

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

MSF : Médecins Sans Frontières

MGF : Mutilations Génitales Féminines

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

PTSD : Post-Traumatic Stress Disorder

RDC : République Démocratique du Congo

SGBV : Sexual and Gender Based Violence

SR : Santé Reproductive

SSR : Services de Santé Reproductive

UNHCR (ou HCR) : Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés

UNRWA : United Nations Relief and Works Agency for palestine refugees

VBG : Violences Basées sur le Genre

GLOSSAIRE

Agent de santé communautaire : personne qui relie les centres de santé aux membres de la communauté

Assimilés réfugiés : groupes de personnes qui se trouvent hors de leur pays ou territoire d'origine et qui sont confrontés à des risques pour leur protection, similaires à ceux que connaissent les réfugiés, mais dont le statut de réfugié n'a pas été établi [3]

Communauté : groupe de personnes présentant des caractéristiques différentes mais liées par des points communs, notamment des intérêts partagés, une interaction sociale ou un emplacement géographique [71]

Crise humanitaire : événement ou série d'événements menaçant gravement la santé, la sécurité ou le bien-être d'une communauté ou d'un groupe important de personnes. La capacité de prise en charge de la communauté touchée est saturée, imposant de fait, le recours à une assistance extérieure (organisation non gouvernementale et gouvernementale, associations, etc.)

Demandeurs d'asile : personnes dont la demande d'asile ou statut de réfugié est en attente, à tout stade de la procédure

Déplacés internes : personnes déplacées à l'intérieur de leur pays et auxquelles le HCR accorde une protection et/ou assistance

Déplacés internes de retour : déplacés internes protégés/assistés par le HCR qui ont regagné leur lieu d'origine au cours de l'année calendaire

Déterminants socioculturels (de l'accès aux soins) : ensemble des normes, des valeurs, des savoirs et des pratiques populaires en lien avec la santé, régissant les manières de faire, de dire et de penser la santé, la maladie ou encore le soin [72]

Dispositif Minimum d'Urgence (DMU) : ce dispositif est destiné à répondre aux besoins de santé reproductive des populations dès le début d'une urgence et indique les services de santé reproductive les plus importants pour prévenir la morbidité et la mortalité dans les situations de crises

Genre : construction sociale de la dichotomie hiérarchisée hommes/femmes, masculin/féminin, traversant l'ensemble des univers sociaux et des représentations symboliques. Le genre ne peut être dissocié des autres rapports de pouvoir : il s'imbrique étroitement dans les rapports sociaux de sexualité (construction sociale, catégorisation et hiérarchisation du désir), de classe, de racialisation ou d'âge

Mobilisation communautaire : processus qui consiste à travailler en collaboration avec et au sein d'un groupe de personnes présentant des caractéristiques différentes mais liées par des points communs, une interaction sociale ou un emplacement géographique [71]

Pacificateurs (« *peacekeepers* ») : personnes civiles ou militaires présentes lors d'une opération de maintien de la paix dans un pays (Casques bleus, soldats locaux, médiateurs, etc.)

Pratique prometteuse : pratique pour laquelle on dispose de preuves documentées quant à la capacité à atteindre, dans un contexte au moins, des résultats escomptés en termes de santé [71]

Pratiques traditionnelles préjudiciables : ensemble de pratiques coutumières qui affectent les droits humains d'un groupe spécifique de personnes. Par exemple : mutilations génitales féminines, mariage précoce, mariage forcé, mise à mort et mutilation pour raison d'honneur, infanticide et/ou négligence, refus d'éducation pour les jeunes filles et les femmes, etc

Réfugiés : individus reconnus comme tels en vertu de la convention de 1951 relative au statut des réfugiés, de son protocole de 1967 et de la Convention de 1969 de l'OUA (Organisation de l'Unité Africaine). Ce terme s'applique à toute personne qui, craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays [3]

Réfugiés rapatriés : réfugiés ayant regagné leur lieu d'origine au cours de l'année calendaire

Santé reproductive : « On entend par santé reproductive le bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine concernant l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement. Cela suppose donc qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent qu'elle le désire. Cela implique qu'hommes et femmes ont le droit d'être informés sur les méthodes sûres, efficaces, abordables et acceptables de planning familial et d'utiliser celle qui leur convient le mieux ou toute autre méthode de régulation des naissances qui ne soit pas illégale, ainsi que de disposer du droit à des services de santé assurant un bon déroulement de la grossesse et de l'accouchement et donnant aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé »[6]

Santé communautaire : processus par lequel les membres d'une collectivité, géographique ou sociale, conscients de leur appartenance à un même groupe, réfléchissent en commun sur les problèmes de leur santé, expriment leurs besoins prioritaires et participent activement à la mise en place, au déroulement et à l'évaluation des activités les plus aptes à répondre à ces priorités [71]

Violences affectives et psychologiques : mauvais traitements, humiliation, réclusion, etc [7]

Violences basées sur le genre : terme regroupant tous les actes infligés à une personne contre son gré et orientés sur des différences sociales entre des hommes et des femmes. Les violences basées sur le genre comprennent en outre les violences sexuelles, les violences physiques, les pratiques traditionnelles préjudiciables, les violences affectives, psychologiques et socio-économiques [7]

Violences physiques : agressions physiques, traite d'êtres humains, esclavage, etc [7]

Violences sexuelles : viol, viol conjugal, abus sexuel, tentative de viol, exploitation sexuelle, harcèlement sexuel, violence en tant qu'arme de guerre et de torture, etc [7]

Violences socio-économiques : discrimination et/ou refus de certaines possibilités ou services, exclusion sociale/ostracisme, pratique législative d'obstruction, etc [7]

INTRODUCTION

En 10 ans, le nombre de personnes relevant de la compétence du HCR (Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés) est passé de 20.8 millions fin 2005 à 63.9 millions ¹ fin 2015. Ce chiffre comprend l'ensemble des réfugiés, des assimilés réfugiés, des demandeurs d'asile, des réfugiés rapatriés, des déplacés internes, des déplacés internes de retour, les personnes apatrides et des personnes nécessitant des activités de protection ou d'assistance [1-2].

Les informations démographiques sur les personnes relevant de la compétence du HCR sont partielles et plus ou moins disponibles selon les pays et les catégories de population. Les données sont plus accessibles chez les populations réfugiées. En effet, le HCR dispose d'un système spécialisé dans l'enregistrement des réfugiés ainsi que d'un procédé pour collecter des informations sur les réfugiés contrairement aux autres catégories de population.

Entre 2003 et 2015, le pourcentage de femmes et de filles réfugiées reste globalement constant entre 47% et 50% de la population réfugiée mondiale [2]. En 2008, ce chiffre a été extrapolé à l'ensemble des personnes relevant de la compétence du HCR : 49% de cette population était alors des femmes et des filles [4].

Les personnes relevant de la compétence du HCR sont confrontées à des situations de crise humanitaire. Il s'agit d'un événement ou d'une série d'événements menaçant gravement la santé, la sécurité ou le bien-être d'une communauté ou d'un groupe important de personnes. La capacité de prise en charge de la communauté touchée est saturée, imposant de fait, le recours à une assistance extérieure (organisation non gouvernementale et gouvernementale, associations, etc.) [5]. Ces événements (conflits armés, épidémies, famines, catastrophes naturelles, etc.) impliquent souvent des déplacements importants de population d'où l'utilisation fréquente du terme de « réfugié » pour désigner de manière simplifiée l'ensemble des personnes relevant de la compétence du HCR. Les réfugiés vont s'installer en zones urbaines, en zones rurales ou dans des lieux mixtes ou inconnus. Les types d'hébergements vont alors varier : camp aménagé/géré, camp installé par les réfugiés, centre collectif, logement individuel (privé), camp d'accueil/de transit [2].

Lors de ces crises humanitaires, les femmes comme l'ensemble des réfugiés, doivent faire face à la malnutrition, aux épidémies, à l'insécurité, à la promiscuité, à la difficulté d'approvisionnement en eau, au manque d'assainissement, etc. Par ailleurs, elles sont confrontées au manque de soins obstétricaux et de planification mais aussi aux problèmes de violences basées sur le genre [5]. La santé reproductive est reconnue comme un droit depuis

¹ Ce chiffre ne prend pas en compte le nombre de réfugiés palestiniens relevant de la compétence de l'UNRWA (United Nations Relief and Works Agency for palestine refugees)

1994 lors de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) tenue au Caire. A ce titre, elle doit être appliquée aux personnes en situation de crise humanitaire.

Les services de santé reproductive doivent donc faire partie intégrante de l'intervention humanitaire. Ils doivent tenir compte des besoins des populations touchées en particulier des femmes et des jeunes filles puisqu'elles représentent près de la moitié de la population réfugiée mondiale. La spécificité de leurs besoins réside également dans le fait qu'elles sont particulièrement vulnérables aux actes de violences basées sur le genre. En effet, la violence sexuelle et sexiste est considérablement répandue dans ces situations d'urgence.

La violence basée sur le genre (SGVB : Sexual and Gender Based Violence) est un terme regroupant tous les actes infligés à une personne contre son gré et orientés sur des différences sociales entre des hommes et des femmes. Les VBG comprennent en outre les violences sexuelles, les violences physiques, les pratiques traditionnelles préjudiciables, les violences affectives, psychologiques et socio-économiques [7].

Les violences basées sur le genre ont des conséquences à court et long terme [7] :

- **Conséquences sur la santé :**
 - Conséquences physiques aiguës : blessure, choc, maladie, infection
 - Conséquences physiques chroniques : invalidité, maladies somatiques, infections chroniques, douleurs chroniques, troubles gastro-intestinaux, troubles de l'alimentation, troubles du sommeil, abus d'alcool/de drogues
 - Conséquence sur la procréation : fausse couche, troubles de la fertilité
 - Grossesses non souhaitées, avortements dangereux, IST, troubles menstruels, complications de la grossesse, troubles gynécologiques, troubles sexuels
- **Conséquences psychosociales :**
 - Conséquences affectives et psychologiques : stress post-traumatique, dépression, anxiété, peur, honte, insécurité, haine de soi, culpabilisation, maladie mentale, idées ou comportements suicidaires
 - Conséquences sociales : culpabilisation de la victime/survivante, perte de rôle/de fonction dans la société, stigmatisation sociale, rejet social et isolement, féminisation de la pauvreté, accroissement des inégalités entre les genres.

La mise en place rapide de soins de santé reproductive doit permettre de prévenir ces conséquences. L'élaboration de programmes de santé reproductive basés sur le genre paraît essentielle pour pallier les problèmes spécifiques des femmes et jeunes filles. En tant qu'acteur de santé publique, la sage-femme est un élément clé pour la mise en place de ces programmes. En outre, dans un pays en crise, les professionnels de santé sont en première ligne pour le

soutien médical des populations locales. La sage-femme participe à la gestion des urgences gynécologiques et obstétricales et apporte son expertise sur les questions de santé reproductive. Elle possède les connaissances et outils nécessaires au dépistage et à la prise en charge de ces violences. En effet, le métier de sage-femme permet d'accompagner les femmes dans l'ensemble de leur vie génitale et de participer à la promotion de la santé des femmes. Il existe un exemple concret d'implication de sages-femmes dans le domaine de la santé reproductive dans un contexte de crise humanitaire. En 1995, des sages-femmes créent un « groupe de santé reproductive » dans une installation de réfugiés en Guinée Forestière. Il s'agissait alors de promouvoir la santé des femmes et d'amener l'expertise des femmes réfugiées pour créer des services de santé reproductive adaptés à leurs propres besoins. L'évaluation de ce projet s'est montrée positive puisque la fréquentation des services de soins anténataux par les femmes réfugiées a augmenté suite à la mise en place de ce groupe [15].

Face à l'importance des conséquences des violences basées sur le genre et à leurs impacts en termes de santé publique la communauté internationale se positionne pour mettre en avant les besoins des femmes et des jeunes filles dans les situations de crise humanitaire.

Les VBG sont reconnues en 1994 par la CIPD et il s'ensuit un colloque interorganisations (50 agences des Nations Unies, organisations gouvernementales et non gouvernementales) à Genève en 1995, sur la santé reproductive des réfugiés pour améliorer les services de santé reproductive dédiés aux réfugiés. On assiste à la constitution du groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situation de réfugiés (IAWG). A la suite de ce colloque de nombreuses publications [5, 7, 8, 10-13] concernant les directives à mettre en place contre les VBG voient le jour. Ces manuels définissent clairement les enjeux de la santé reproductive en situation de crise humanitaire et développent des normes et directives touchant aux différents aspects de la santé reproductive : santé reproductive des adolescents et planning familial, santé maternelle et néonatale, soins complets d'avortement, violences basées sur le genre, infections sexuellement transmissibles et VIH. Les VBG apparaissent clairement comme un enjeu majeur de santé publique dans les situations de crise humanitaire. Cela met en exergue le changement de vision des communautés internationales sur les VBG et leur volonté d'agir contre ces discriminations.

La notion de VBG est présente dans tous les domaines de la santé reproductive. Il ne s'agit pas uniquement des violences sexuelles et sexistes mais aussi de l'influence de ce type de violence sur la qualité de vie des femmes et jeunes filles réfugiées. La question des VBG englobe donc une notion plus générale. En outre, l'inégalité des genres est exacerbée en situation de crise humanitaire et va se refléter au quotidien chez les femmes et les jeunes filles [7, 9, 10, 11].

Les causes profondes des violences sexuelles et sexistes sont donc l'inégalité de genre lors de situations de crise humanitaire mais résultent de la discrimination sexospécifique préexistante en temps de paix. Ces violences basées sur le genre vont également se manifester par des difficultés d'accès aux soins, par le manque d'informations, par des informations ne répondant pas aux besoins spécifiques, par l'absence de femmes aux postes à responsabilités dans les camps de réfugiés, etc.

C'est pourquoi, la communauté politique mondiale prend désormais en compte la particulière gravité de la violence sexuelle dans les situations de conflits armés et de crises humanitaires en général. Depuis 2000, les Résolutions du Conseil de Sécurité des Nations Unies sur les femmes, la paix et la sécurité affirment les besoins, perspectives et contributions spécifiques des femmes et jeunes filles dans les situations de conflits. Elles explicitent la nécessité d'assurer l'accès des femmes et jeunes filles aux services de santé reproductive et à leurs droits afin de leur offrir une meilleure situation socioéconomique dans les situations post-conflits [5].

A travers ces différentes publications, il paraît primordial de mettre en place des programmes de santé reproductive incluant la question du genre. Cela se traduit par différentes stratégies, en voici quelques exemples [10-13]:

- L'évaluation, le contrôle et l'analyse de l'intervention humanitaire mise en place pendant la phase initiale, la situation d'urgence et la phase de stabilisation en incorporant les critères de l'âge, du genre et de la diversité ;
- La participation et l'autonomisation des femmes et des filles : les femmes doivent participer à la conception, l'exécution, le suivi et l'évaluation de toutes les opérations politiques et programmes ainsi qu'à la prise de décisions et l'expression de leurs opinions sur les affaires de la communauté ;
- L'élimination de la violence faite aux femmes et aux filles grâce à des actions de prévention comme la sensibilisation, la formation, le soutien technique, le contrôle et l'analyse des actions ;
- L'approche communautaire ou travail avec les communautés : il s'agit d'un partenariat inclusif avec des communautés de personnes relevant de la compétence du HCR, ce partenariat reconnaît leur résilience, leurs capacités et leurs ressources ;
- Travailler avec les hommes et les garçons ;
- Etc.

Actuellement, les services relatifs à la santé reproductive et aux violences sexuelles et sexistes sont clairement définis et mis en place lors de crise humanitaire. Cependant, les violences basées sur le genre restent un problème omniprésent dans les situations de crises. Ce phénomène s'avère être difficile à quantifier puisque les actes commis sont sous rapportés et les

services compétents sous utilisés. A titre d'exemple, en 2015, le HCR réalise un rapport annuel sur les cas de SGBV (Sexual and Gender Based Violence) parmi les réfugiés au Tchad. Sur un total de 372 438 réfugiés (Soudanais, Centrafricains, Nigériens, Congolais ou d'autres nationalités), le HCR a enregistré 1525 cas d'incidents de SGBV. Le rapport annonce clairement les difficultés rencontrées quant au manque de dénonciations des SGBV dont les mutilations génitales, mariages d'enfants, viols et agressions sexuelles du fait de la crainte des représailles, des pesanteurs socioculturelles, etc [14].

Au vu de cet exemple, on remarque que l'incidence des VBG reste élevée dans les situations de crise humanitaire. Il paraît donc essentiel de continuer à recenser ces actes pour les quantifier et les qualifier afin de mettre en place des actions d'interventions et de préventions ciblées et efficaces. La phase d'évaluation des programmes d'actions semble également primordiale pour comprendre les causes et conséquences des VBG. Cela permet d'analyser l'impact de ces interventions et ainsi d'améliorer les outils et les pratiques relevant de ce problème.

Malgré les efforts récents des organisations internationales sur la reconnaissance des VBG en temps de crise et l'intégration de cette problématique au dispositif minimum d'urgence (DMU)², le chiffre concernant les VBG reste inquiétant et continue à poser problème. La question de l'efficacité des programmes mis en place reste en suspens puisque ceux-ci ne sont pas ou peu évalués malgré les recommandations internationales. Les évaluations sont-elles alors réalisables, s'agit-il d'un manque de moyens humains, financiers, logistiques ou d'un réel manque de considération du problème des VBG ?

A travers ces questionnements, une notion semble importante à étudier : la question du genre peut-elle être intégrée efficacement aux programmes de lutte contre les violences sexuelles et sexistes dans les pays touchés par une crise humanitaire ?

Par une revue de la littérature scientifique, l'objectif de notre recherche est de recenser les dispositifs d'interventions et de prévention contre les VBG en situation de crise humanitaire. Il s'agit alors d'évaluer leur efficacité et de mettre en avant des facteurs favorisant ou non à l'implantation de ces programmes. Les indicateurs de santé reproductive et le changement des normes socioculturelles sur les VBG seront entre autre interprétés pour évaluer la qualité de ces actions. Un objectif secondaire serait de mettre en exergue une différence entre les lignes directives des organismes internationaux et la réalité du terrain.

² Ce dispositif est destiné à répondre aux besoins de santé reproductive des populations dès le début d'une urgence et indique les services de santé reproductive les plus importants pour prévenir la morbidité et la mortalité dans les situations de crises

MATERIEL ET METHODES

1) Sélection d'une base de données

Pour recueillir les articles de cette étude bibliographique, nous avons utilisé deux bases de données médicales : Pubmed et Biomed ainsi qu'une base de données multidisciplinaires (Springerlink) concernant les sciences sociales, la médecine, la santé publique, le droit et la psychologie.

Nous avons également utilisé des ressources provenant des bases de données des Nations Unies (UNHCR, UN Women, UNICEF, OMS) pour la phase de développement du sujet afin de faire émerger une problématique. Tout au long de l'étude, les directives de ces organisations ont servi de référence et ont permis l'approfondissement de certains thèmes évoqués dans les articles trouvés.

Cependant, notre recherche ne s'est pas portée sur les publications (« grey literature ») des organismes non gouvernementaux (comme MSF, MDM, GSF, etc.) et des organismes internationaux (comme l'UNHCR, l'OMS, etc.). Notre volonté a été de sélectionner des revues ayant eu une évaluation collégiale (peer-review journals) et de s'éloigner des documents sans expertise scientifique pure. Les études des articles sélectionnés sont en majorité réalisées par les départements de santé publique, d'épidémiologie ou de promotion de la santé, des facultés de médecine ou de santé publique à travers le monde. Ces évaluations sont donc indépendantes des organismes qui avaient mis en place le programme de santé reproductive sur le terrain.

2) Choix des mots clés

Plusieurs mots clés ont été testés en français et en anglais dans les trois bases de données choisies afin de déterminer leurs intérêts en fonction du nombre d'articles qui était alors généré ou du type d'article qui émergeait de la sélection test. Dans les trois bases de données, aucun résultat n'était produit par les termes français.

Les mots clés « *gender-based violence* » (violence basées sur le genre), « *refugee camps* » (camps de réfugiés), « *refugee* » (réfugié), « *humanitarian settings* » (installation humanitaire) et « *humanitarian crisis* » (crise humanitaire) ont été sélectionnés pour leur correspondance au sujet. En effet, en comparant aux autres mots clés testés, ceux-ci semblaient cibler de manière plus intéressante et plus stricte la problématique. L'ensemble des articles sélectionnés sont donc rédigés en anglais. Les termes choisis font référence aux expressions utilisées par les lignes directrices de la CIPD, du Groupe de travail interorganisations (IAWG) sur la santé reproductive en situation de crise et de l'UNHCR.

Pour réaliser la recherche, ces mots clés ont été associés pour couvrir l'ensemble du sujet traité :

- « gender-based violence and refugee camps »
- « gender-based violence and humanitarian crisis »
- « gender-based violence and humanitarian settings »
- « gender-based violence and refugee »

Il faut noter que l'association de ces mots clés a généré un nombre important d'articles. Pour la faisabilité de l'étude, seules deux associations ont été utilisées pour la sélection des articles dans la base de données Springerlink.

3) Critères d'inclusion et d'exclusion

Afin d'affiner notre recherche, plusieurs critères d'inclusion et d'exclusion ont été appliqués.

Nous avons décidé de sélectionner des articles publiés entre 1990 et 2016 en référence à la CIPD de 1994. Auparavant, les violences basées sur le genre n'étant pas une priorité dans le domaine de la santé reproductive. Les actions alors menées par les organismes non gouvernementaux et internationaux ne mettaient pas en avant cette problématique. A partir des années 1990, on assiste à un tournant dans l'organisation de « l'humanitaire ». Ce domaine se spécialise, se professionnalise et les conférences sur le développement ne cessent de se succéder. Emergent alors de nombreux protocoles, termes et droits relatifs à ce domaine d'action. Dans cet élan, les ONG et instances internationales vont commencer à évaluer leurs actions de terrain en vue d'améliorer leurs pratiques [16].

Ensuite, nous voulions étudier une zone géographique limitée pour tenter de mettre en évidence une relation de cause à effet entre l'efficacité des programmes et des facteurs socioculturels. L'Afrique Subsaharienne semblait être un choix pertinent car l'incidence des VBG dans cette région est très élevée. Cependant, après réflexion, nous avons pensé ne pas faire de discriminations de lieux dans notre recherche puisque les disparités culturelles restaient trop importantes dans cette région. Chaque culture ou ethnie possède son propre fonctionnement, ses propres normes et il semble difficile de mettre en évidence un fonctionnement « type » face aux VBG. Le diagnostic socio culturel d'un groupe donné, en amont de toute intervention, semble donc justifié pour mieux appréhender les enjeux autour de la santé reproductive et de bien cibler les besoins de la population. L'étude d'un seul pays aurait également été intéressante mais le nombre d'articles alors retrouvé n'était pas assez significatif pour permettre de réaliser une recherche satisfaisante.

Notre recherche se porte sur la période d'urgence et de post-urgence. Ces deux périodes d'une crise humanitaire sont peu étudiées et les données concernant les VBG sont plus importantes sur

les périodes antérieures aux conflits ou aux catastrophes naturelles. C'est pourquoi, il paraît pertinent de s'intéresser à ces deux phases. Il faut cependant noter que les données antérieures aux crises humanitaires sont primordiales pour mettre en place des actions ciblées ainsi que pour évaluer les programmes.

Comme expliqué dans le choix de la base de données, le type d'étude se porte uniquement sur des articles à caractère scientifique et indépendant des organismes ayant mis en place le programme de lutte contre les VBG. Les ouvrages de références, les lignes directives sur les VBG et les actions à mettre en place dans les situations de crise humanitaire n'entrent pas dans notre recherche. Il s'agit alors d'apporter une expertise et une rigueur scientifique à notre développement.

Enfin, les études intégrant à leur évaluation des indicateurs de santé reproductive comme l'incidence des VBG, le taux de fréquentation des centres de soins ou la connaissance des populations sur les VBG permettent une meilleure interprétation de l'efficacité de leur programme. Il semblait donc intéressant d'utiliser ce critère de sélection.

	Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Publication	entre 1990 et 2016	antérieure à 1990
Lieu	pays en voie de développement	
Population	réfugiés, déplacés internes, déplacés internes de retour, population locale / adulte et adolescent	enfant
Type de programme	tous types d'interventions contre les VBG mis en place par l'aide humanitaire, par le gouvernement en place, par la communauté locale	étude recensant uniquement les VBG
Phase de la crise humanitaire	phase d'urgence (aiguë ou chronique), phase de post-urgence (court ou long terme)	phase antérieure à la crise humanitaire
Utilisation d'indicateurs de santé reproductive	oui	non
Type d'étude	revue de la littérature, étude qualitative, étude quantitative	ouvrage de références, lignes directives des organismes internationaux
Langue	anglais	autre

Tableau 1 : Critères d'inclusion et d'exclusion des articles

4) Sélection des articles

Les articles trouvés par les associations de mots clés ont été analysés pour créer une base de données finale. Dans un premier temps, les articles ont été sélectionnés en fonction de la pertinence de leur titre et de leur résumé. Ensuite, la lecture approfondie a permis de mettre en évidence les études ne présentant pas tous les critères de sélection. Les articles n'entrant pas dans la recherche au sens stricte présentent cependant un intérêt majeur à la compréhension des différentes problématiques évoquées. C'est pourquoi, nous avons finalement décidé de ne pas rejeter ces études mais de diviser notre base de données en deux groupes. Dans le premier groupe, nous avons rassemblé les articles répondant à la problématique et à tous les critères d'inclusion. Les articles où un critère d'exclusion était retrouvé, entrent alors dans le deuxième groupe.

5) Création d'une base de données d'articles

Pour faciliter l'interprétation des articles nous avons réalisé une base de données d'articles (avec l'outil Excel) en les classant selon le schéma suivant :

- Référence de l'article : numéro de l'article, titre, auteurs, nom de la revue scientifique, date de publication, type d'étude, niveau de preuve de l'article
- Explication de l'étude : lieu de l'étude, thème principal, objectifs primaire et secondaire, description succincte du programme, caractéristiques démographiques des participants à l'étude
- Analyse de l'article : résumé des résultats, de la discussion et des limites de l'étude
- Critères d'inclusion, critères d'exclusion et classement des articles dans le groupe n°1 ou n°2

RESULTATS

Dans notre revue de la littérature, une base de données de 71 articles a été recueillie. La lecture et l'analyse approfondie de ces articles a permis leur classement en 2 groupes : 21 articles dans le groupe 1 et 33 articles dans le groupe 2. Le graphique 1, ci-dessous, résume les résultats quantitatifs de la revue.

Les articles du groupe 1 répondent à l'ensemble des critères d'inclusion et aux objectifs de notre recherche tandis que ceux du groupe 2 apportent des éléments essentiels à l'analyse globale du sujet. 17 articles de notre base de données ont été rejetés de la sélection finale. Ces articles présentaient alors un ou plusieurs critères d'exclusion et semblaient inutilisables pour notre analyse.

Afin d'enrichir notre réflexion, 4 études ont été ajoutées à notre sélection finale (elles apparaissent avec le signe * dans la base de données du groupe 1). En effet, au vu du nombre insatisfaisant d'articles finalement retrouvés et répondant réellement aux objectifs, il paraissait intéressant d'ajouter ces études à notre travail pour donner une meilleure puissance à notre recherche. Ces documents proviennent des bibliographies de plusieurs articles préalablement sélectionnés.

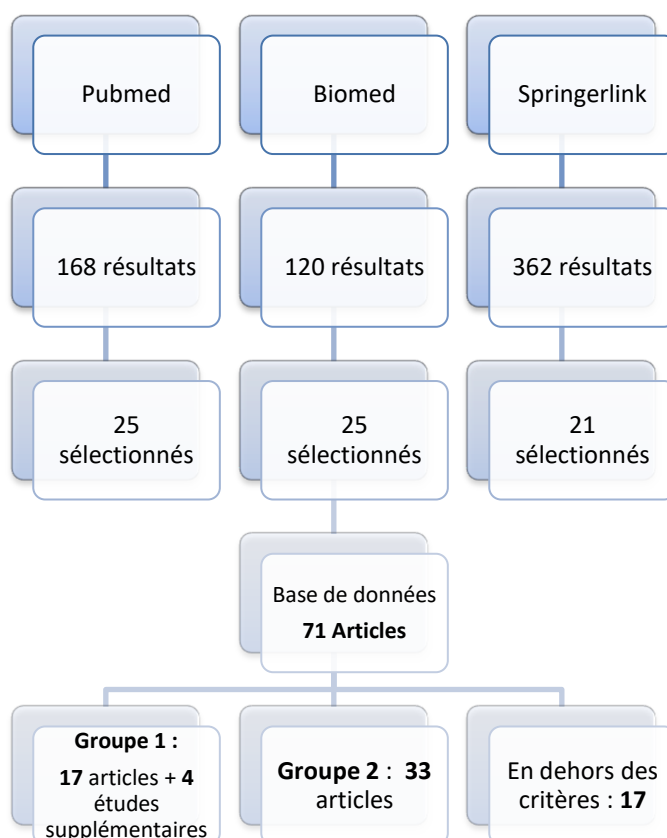


Figure 1 : Données quantitatives

L'ensemble des articles ont été regroupés sous forme de deux bases de données synthétiques.

La base de données n°1 recense les articles du groupe 1 et les études supplémentaires. Cette base résume les différents programmes de prévention contre les violences basées sur le genre qui sont évalués par les articles de notre revue. Nous synthétisons les références des articles (titre, auteur, nom de la revue scientifique, date de publication) et les données sur le contenu de l'évaluation (thème principal, objectif de l'étude, type d'étude, caractéristique de la population rencontrée, lieu de l'implantation du programme). Nous présentons ensuite le programme et réalisons un résumé des résultats de l'évaluation. Cette mise en page permet de simplifier la lecture et de faciliter l'analyse de ces interventions. Pour les revues de la littérature, il faut noter que ce type d'étude recense et analyse plusieurs articles autour d'une problématique commune pour tenter de tirer des conclusions pertinentes. De ce fait, ces études n'évaluent pas un programme en particulier et les articles analysés proviennent généralement de lieux ou de contextes différents et les populations étudiées dans les études recensées peuvent être hétérogènes. C'est pourquoi certaines cases de la base de données ne peuvent être complétées (car les revues de la littérature ne se focalisent pas sur un type de population ou de programme mais font une interprétation globale d'une multitude d'articles). Lorsque la revue de la littérature met en avant un ou plusieurs programmes facilement identifiables sur la prévention des violences basées sur le genre, ceux-ci sont décrits et présentés dans la base de données. Quelques fois, les revues de la littérature n'analysent que les résultats des articles recensés mais ne présentent pas les programmes réalisés. La case « résumé du programme » n'est alors pas complétée. Enfin, la lecture de la base de données n°1 doit se faire sur 2 pages à la fois : pages 20-21, 22-23, etc. et les numéros des articles entre crochets correspondent aux références bibliographiques de notre recherche.

La base de données n°2 recense, quant à elle, les 33 articles du groupe 2. Celle-ci présente les références des articles (titre, auteurs, nom de la revue scientifique, date de publication) et résume les informations pertinentes qui émanent de l'étude. Les articles du groupe 2 n'apparaissent pas dans ce chapitre puisqu'ils ne répondent pas directement à notre problématique. Ils seront cependant interprétés dans la partie « analyse et discussion » et pourront être retrouvés en annexe.

Numérotation des articles :

Base de données n°1	Base de données n°2
Articles n°17 à 37	Articles n°38 à 70

n°	Titre de l'article	Auteurs	Revue / Année	Thème	Objectif	Type d'étude
[17]	What evidence exists for initiatives to reduce risk and incidence of sexual violence in armed conflict and other humanitarian crisis? A systematic review * / <i>Quelle preuve existe-il sur l'efficacité des initiatives sur la réduction des risques et de l'incidence des violences sexuelles lors des conflits armés et les crises humanitaires?</i>	Spangaro J, Adogu C, Ranmuthugala G et al.	Plos / 2013	VBG	Répondre à la question : quel est l'impact des initiatives visant à réduire le risque et l'incidence des violences sexuelles dans les régions en conflit, en post-conflit et situation de crise humanitaire dans les pays en voie de développement?	Revue de la littérature : 40 articles sélectionnés sur 2656 citations
[18]	Mechanisms underpinning interventions to reduce sexual violence in armed conflict : a realist-informed systematic review / <i>Mécanismes sous-jacents à la réduction des violences sexuelles dans les conflits armés : revue de la littérature</i>	Spangaro J, Adogu C, Zwi A B et al.	Conflict and health / 2015	VBG	Identifier les mécanismes augmentant l'efficacité des interventions contre les violences basées sur le genre	Revue de la littérature : 40 articles sélectionnés ³
[19]	Effectiveness of interventions, programs and strategies for gender-based violence prevention in refugee populations : an integrative review / <i>Efficacité des interventions, des programmes et des stratégies de prévention contre les violences basées sur le genre chez les populations réfugiées : revue de la littérature</i>	Tappis H, Freeman J, Glass N et al.	Plos currents disasters / 2016	VBG	Etablir une revue de la littérature sur les stratégies de prévention contre les VBG chez les réfugiés en se basant sur les recommandations de la communauté humanitaire	Revue de la littérature : 33 articles sélectionnés sur 618 analysés
[20]	Evaluations of reproductive health programs in humanitarian settings : a systematic review / <i>Evaluation des programmes de santé reproductive dans les installations humanitaires : revue de la littérature</i>	Casey S E	Conflict and health / 2015	SR	Déterminer si les programmes de santé reproductive mis en place dans les situations de crise humanitaire sont évalués	Revue de la littérature : 36 articles sélectionnés sur 5669
[21]	Systematic review of the evidence on the effectiveness of sexual and reproductive health interventions in humanitarian crises / <i>Revue de la littérature sur l'efficacité des interventions en SSR lors de crises humanitaires</i>	Warren E, Post N, Hossain M et al.	BMJ Open / 2015	SR	Evaluer l'efficacité des interventions en santé reproductive et sexuelle lors de crises humanitaires	Revue de la littérature : 15 articles sélectionnés sur 7149 citations

³ La revue de la littérature de l'article 18 est identique à celle de l'article 17. On notera que l'objectif des deux études est bien différent.

Population	Lieu	Résumé des résultats	Description du programme
Régions en conflit, post-conflit et touchées par un désastre naturel	26 pays	Aucune étude prospective ne mesure l'impact d'un programme sur l'incidence des violences basées sur le genre. Seulement 3 études montrent une réduction des violences sexuelles.	L'étude montre que les programmes de prévention des violences chez les pacificateurs permettent de diminuer significativement les violences (63) ⁴ . La distribution de bois de chauffage et la mise en place d'une alternative au fuel diminuent également l'incidence des violences opportunistes (66, 67). L'engagement communautaire apparaît comme un facteur influençant la réussite des programmes de prévention contre les violences basées sur le genre (73, 74, 75, 76).
Régions en conflit, post-conflit et touchées par un désastre naturel	26 pays	Quatre mécanismes semblent améliorer l'efficacité des interventions contre les violences basées sur le genre : <ul style="list-style-type: none"> - augmenter le risque que les agresseurs soient dénoncés - construire un engagement communautaire autour de la problématique des violences - s'assurer que les membres de la communauté connaissent les services ressources disponibles - mettre en place des systèmes de déclaration des violences sûrs et anonymes 	
Personnes déplacées, personnes réfugiées / hommes, femmes / installations d'urgence, installations de réfugiés en région urbaine et rurale	Plus de 8 pays	Dans cette revue de la littérature, peu d'articles fournissent des preuves objectives sur l'efficacité des programmes de prévention contre les VBG et les études trouvées ne sont pas généralisables. Aucun des articles retrouvés ne prouve que les stratégies de prévention avancées par l'UNHCR soient efficaces.	
/	Afrique sub-saharienne / Asie / Haïti	Parmi les 36 articles retenus seules 3 études ont pour sujet les violences basées sur le genre. Un essai randomisé en RDC montre que la psychothérapie de groupe semble plus efficace que la thérapie individuelle pour la dépression, l'anxiété et le syndrome de stress post traumatique chez les femmes victimes de viol (20). Une deuxième étude en RDC met en évidence que la psychothérapie suivant un viol influencerait de manière positive le comportement des victimes (21). Pour le troisième article sélectionné, se référer à l'article 24 de notre base de données.	
/	/	Dans cette revue de la littérature, aucune étude n'a été retrouvée sur l'évaluation des actions de prévention contre les violences basées sur le genre lors de crise humanitaire. Mais cette étude permet de mettre en évidence plusieurs points : une forte demande en service de planification dans les pays en crises et des résultats positifs pour les interventions basées sur l'éducation et sur l'engagement communautaire (se reporter aux articles 7 et 53 de notre sélection).	

⁴ Pour les numéros cités entre parenthèses, il s'agit des articles tirés de la bibliographie des articles sélectionnés dans notre étude.

n°	Titre de l'article	Auteurs	Revue / Année	Thème	Objectif	Type d'étude
[22]	Reproductive health for refugees by refugees in Guinea II : sexually transmitted infections / <i>La santé reproductive par les réfugiés pour les réfugiés en Guinée : les infections sexuellement transmissibles</i>	Chen M I, Von Roenne A, Souare Y et al.	Conflict and health / 2008	IST	Evaluer les besoins, les connaissances et les pratiques chez les réfugiés sur les symptômes, la prévention, les traitements et les comportements à adopter en cas d'IST Evaluer l'impact des groupes de travail sur la santé sexuelle et reproductive (RGH) grâce à des indicateurs	Enquête transversale sur échantillon stratifié par questionnaires et interviews
[23]	Reproductive health refugees by refugees in Guinea IV : peer education and HIV knowledge, attitudes, and reported practices / <i>La santé reproductive par les réfugiés, pour les réfugiés en Guinée : l'éducation par les pairs et les connaissances, attitudes et pratiques sur le VIH</i>	Woodward A, Howard N, Souare Y et al.	Conflict and health / 2011	VIH	Evaluer si l'éducation par les pairs est associée à une augmentation des connaissances sur le VIH, les attitudes et les pratiques Comparer les méthodes d'éducation sur le VIH : l'éducation par les pairs est-elle plus efficace que l'éducation formelle ?	Enquête transversale sur échantillon stratifié par questionnaires et interviews
[24]	Clinical care for sexual assault survivors multimedia training : a mixed-methods study of effect on helathcare providers' attitudes, knowledge, confidence, and practice in humanitarian settings / <i>Outil de formation pour la prise en charge des victimes de violences sexuelles : étude sur l'attitude, les connaissances et les pratiques des professionnels de santé dans les installations humanitaires</i>	Smith J R, Ho L S, Langston A et al.	Conflict and health / 2013	SSR	Evaluer l'effet de l'outil de formation sur l'attitude, les connaissances et les pratiques des professionnels de santé en matière de violences basées sur le genre	Enquête qualitative et quantitative : 40 interviews des professionnels de santé ayant suivi la formation / Audits des dossiers médicaux de 35 centres de santé / Questionnaires pour les 106 participants au programme

Population	Lieu	Résumé de l'article	Description du programme
n = 889 hommes et femmes réfugiés en âge de procréer interrogés dans 48 camps (situation d'urgence chronique) en Guinée où le RGH évoluait depuis 1995	Guinée	L'étude montre que les activités proposées par le RGH sont efficaces. La majorité des participants de l'étude cite le RGH comme la source principale d'information sur les IST. Les participants au RGH ont de meilleures connaissances sur les symptômes et les moyens de prévention efficaces contre les IST. On retrouve moins de croyances inappropriées sur les IST chez les participants au RGH.	Le "Reproductive Health Group" (RHG) est un programme non gouvernemental local recrutant des infirmières et des sages-femmes de la communauté réfugiée. Il forme également des femmes réfugiées pour transmettre leurs connaissances en matière de contraception et d'éducation en santé. Enfin, il met en place des groupes de théâtre pour parler de santé reproductive avec les hommes et les adolescents.
n = 889 hommes et femmes réfugiés interrogés dans 23 camps (situation d'urgence chronique) où le RGH évoluant depuis 1995	Guinée	L'étude montre que l'éducation par les pairs et l'éducation formelle sont significativement associées à des connaissances appropriées sur le VIH. L'éducation par les pairs est associée à des changements positifs sur le comportement, les attitudes à risque et les connaissances sur le VIH. Cet article met en évidence que les connaissances en matière de VIH sont générées : les femmes possèdent plus de connaissances dans ce domaine malgré leur niveau d'éducation inférieure. L'éducation par les pairs est plus efficace chez les femmes que les hommes.	Le "Reproductive Health Group" (RHG) est un programme non gouvernemental local recrutant des infirmières et des sages-femmes de la communauté réfugiée. Il forme également des femmes réfugiées pour transmettre leurs connaissances en matière de contraception et d'éducation en santé. Enfin, il met en place des groupes de théâtre pour parler de santé reproductive avec les hommes et les adolescents.
n = 106 professionnels de santé sélectionnés pour participer au programme d'entraînement dans 2 camps de réfugiés, une installation de réfugiés en zone urbaine et une installation post-conflit	Kenya, Ethiopie, Jordanie, RDC	Cette étude montre que l'outil est efficace. Il apporte des changements de comportements, de pratiques, de connaissances et d'attitudes chez les professionnels de santé. Après la phase d'entraînement, ces professionnels sont plus respectueux des droits du patient. Cependant, les attitudes négatives et leurs préjugés envers les personnes victimes de violences persistent.	L'outil de formation a été mis en place par l'International Rescue Committee (IRC) pour améliorer les soins des victimes de violences basées sur le genre en situations de crise humanitaire. Il s'agit d'un outil incluant des études de cas, des interviews avec des experts, des groupes d'exercices, des jeux de rôles et des vidéos sur les bonnes pratiques à adopter.

n°	Titre de l'article	Auteurs	Revue / Année	Thème	Objectif	Type d'étude
[25]	The role of men in abandonment of female genital mutilation : a systematic review / <i>Le rôle des hommes dans l'abandon des mutilations génitales féminines : revue de la littérature</i>	Varol N, Turkmani S, Black K et al.	BMC public health / 2015	Hommes	Evaluer les perceptions et les pratiques des hommes par rapport aux mutilations sexuelles féminines ainsi que connaître leur rôle dans l'abandon de cette pratique	Revue de la littérature : 20 articles sélectionnés
[26]	Working with men to prevent intimate partner violence in conflict-affected settings : a pilot cluster randomized controlled trial in rural Côte d'Ivoire / <i>Travailler avec les hommes pour la prévention des violences domestiques dans des installations affectées par un conflit : essai pilote contrôlé randomisé en Côte d'Ivoire</i>	Hossain M, Zimmerman C, Kiss L et al.	BMC public health / 2014	Hommes	Evaluer un programme de prévention contre les IPV en impliquant les hommes	Essai randomisé et étude de suivi avec deux groupes : un groupe recevant l'intervention et un groupe témoin. Il s'agit de comparer les normes socioculturelles, les comportements et les niveaux de violence entre les deux groupes
[27]	Improving refugees' reproductive health through literacy in Guinea / <i>Améliorer la santé reproductive des réfugiés grâce à l'alphabétisation en Guinée</i>	McGinn T et Allen K	Global public health / 2006	Education / SR	Comprendre les effets à court et moyen terme du projet sur la santé des femmes ayant participé	Etude de suivi du projet "Reproductive Health Literacy Project" (mis en place en 1999) grâce à 549 interviews et tests de capacité écrits en lecture parmi les 2325 participantes au projet

Population	Lieu	Résumé de l'article	Description du programme
/	15 pays	L'étude met en évidence que les obligations et les pressions sociales sont des facteurs qui entretiennent la pratique des mutilations sexuelles féminines. Les hommes ont à la fois un rôle passif en refusant d'épouser des femmes non excisées et un rôle actif en initiant la pratique ou en l'autorisant sur leur fille. L'étude démontre également que de nombreux hommes souhaitent l'arrêt de cette pratique mais leur voix reste encore difficile à faire entendre. Il existe plusieurs facteurs influençant l'abandon de cette pratique : l'éducation, l'âge, la connaissance des complications, la religion, le fait de vivre en ville, l'ethnie ou encore la migration. Les points communs de ces facteurs sont l'éducation et l'implication des hommes dans les programmes de prévention (man to man strategy).	(41) Programme d'éducation en santé sur les mutilations génitales féminines et leurs complications au Nigéria : l'étude montre que la proportion des hommes souhaitant poursuivre cette pratique diminue après la participation au programme d'éducation (23) Village empowerment program (classe sur les droits de l'homme, la résolution de problèmes, les soins d'hygiène de base, la santé des femmes) : cette étude évalue l'efficacité du programme d'éducation communautaire sur la volonté d'abandon des mutilations sexuelles féminines. Par rapport au groupe témoin, les hommes ayant participé au programme souhaitent davantage abandonner cette pratique sur leur fille et supportent les femmes qui veulent l'abandon de cette pratique.
n = 174 pour la cohorte d'hommes participant à l'intervention et n = 187 pour le groupe témoin d'homme n = 106 pour la cohorte de femmes interviewées (dont les partenaires ont participé au programme) et n = 149 pour le groupe témoin de femmes. Les 12 communautés où l'étude a eu lieu étaient sous le contrôle du gouvernement, sous la protection des NU ou sous le contrôle des rebelles.	Côte d'Ivoire	L'étude montre que les interventions centrées sur les hommes peuvent faire changer leurs comportements et les normes sexospécifiques en matière de violences domestiques : <ul style="list-style-type: none"> - prévalence plus faible de l'intention de violence domestique chez les hommes - augmentation du nombre d'hommes pensant que les femmes ont le droit de refuser les rapports sexuels - plus d'implications des hommes dans les tâches domestiques - changement du comportement des hommes par rapport aux violences domestiques - réduction du nombre de violences <p><i>Article sur la description du programme non trouvable</i></p>	
n = 549 femmes vivant dans les camps de réfugiés en Guinée (venant de Sierra Leone et Libéria) Ces femmes sont non scolarisées et semi-analphabètes avant la participation au RHL.	Guinée	Cette étude de suivi montre que la participation au RHL est associée à une amélioration de plusieurs comportements en santé : <ul style="list-style-type: none"> - augmentation significative des discussions entre partenaires sur des sujets de santé reproductive - augmentation de l'utilisation de contraceptifs et de préservatifs - augmentation de la confiance en soi et de "l'audace" ("boldness") - amélioration des compétences perçues en lecture (non chiffré) <p>Cette étude suppose que la confiance en soi aurait plus d'influence positive sur les comportements en santé que l'alphabétisation en elle-même.</p>	Le "Reproductive Health Literacy Project" (RHL) est un programme pour les femmes non scolarisées et semi-analphabètes vivant dans les camps de réfugiés en Guinée. Ce projet a été mis en place en 1999 par The American Refugee Committee. Il avait pour objectif d'améliorer les connaissances sur plusieurs sujets de santé reproductive en participant à un programme d'alphabétisation. L'information portait sur la maternité sans risque, la planification familiale, les IST, le VIH et les VBG. Des cours de 2h étaient dispensés deux fois par semaine pendant 6 mois. Au final, 2325 femmes ont participé au programme dans 30 camps de réfugiés différents.

n°	Titre de l'article	Auteurs	Revue / Année	Thème	Objectif	Type d'étude
[28]	Sexual and gender-based violence in areas of armed conflict : a systematic review of mental health and psychosocial support interventions / Les violences basées sur le genre en zones de conflits armés : revue de la littérature sur les interventions de soutien psychosocial	Tol W A, Stavrou V, Greene M C et al.	Conflict and health / 2013	Santé mentale	Evaluer l'efficacité des interventions de soutien psychosocial pour les personnes exposées aux violences basées sur le genre dans un contexte de conflit armé	Revue de la littérature : 7 études sélectionnées sur 5684 documents
[29]	Creating opportunities through mentorship parental involvement, and safe spaces (COMPASS) program : a multi-country study protocol to protect girls from violence in humanitarian settings / Créer des opportunités grâce au programme d'implication parentale et d'espace sécurisé : une étude multifocale pour protéger les filles des violences dans les installations humanitaires	Falb K L, Tanner S, Ward L et al.	BMC public health / 2016	Adolescentes	Evaluer la faisabilité et l'efficacité d'un programme de prévention contre les violences chez les adolescentes dans plusieurs aménagements humanitaires	Essai contrôlé randomisé

Population	Lieu	Résumé de l'article / Résumé du programme	
<p>Les participants à l'ensemble des études sont des femmes</p>	<p>Afrique centrale et de l'ouest / Albanie / Angleterre / Etats-Unis</p>	<p>Les 7 études montrent que les interventions ont des résultats bénéfiques sur la santé et le comportement des participantes aux différents programmes. Il faut cependant noter que les études ont de nombreuses limites. Il est difficile de généraliser sur l'efficacité de ces programmes et donc de les reconduire dans d'autres installations sans diagnostic de terrain préalable.</p> <p>(36) Programme de soutien psychosocial et de formation professionnelle (couture, teinturerie, fabrication de savon): Cette action a été mise en place par des ONG au Libéria. Elle comprend 8 sessions individuelles de soutien et un groupe de réduction du stress et des traumatismes pour les personnes victimes de violences.</p> <p>(37) Activités de soutien psychosocial implantées par the International Rescue Committee (IRC) en RDC</p> <p>(38) Services de soutien médical et psychologique implantés par MSF en République du Congo :</p> <p>Le programme de soutien psychologique offre un environnement sécurisé pour partager les expériences et travailler sur les stratégies de coping</p> <p>(39) Groupe de soutien psychologique en Albanie réalisant plusieurs activités : psychodrame, thérapie cognitive expérimentale, exercices d'imagination, relaxation, discussions, etc.</p> <p>L'analyse de ce programme met en évidence une diminution significative des symptômes de PTSD, des symptômes psychologiques et une augmentation de l'empowerment (non significatif) chez les participants au groupe de soutien</p> <p>(40) Programme de réintégration des filles et jeunes femmes anciennement combattantes dans la communauté en Sierra Leone :</p> <p>L'étude de cette action montre que les filles ayant participé au programme sont plus intégrées dans leur communauté : acceptation par la communauté, scolarisation, participation aux initiations traditionnelles, diminution de l'usage de drogue, stabilité mentale.</p> <p>(41) et (42) Thérapie comportementale pour les victimes de viol : diminution des scores de PTSD</p>	
<p>n = 886 en RDC et n = 919 en Ethiopie. Les participantes sont des adolescentes entre 10 et 19 ans. L'essai est réalisé dans des communautés affectées par un conflit et dans des camps de réfugiés.</p>	<p>RDC / Ethiopie / Pakistan</p>	<p>Etude en cours</p>	<p>Le programme COMPASS a été créé par l'IRC (International Rescue Committee) pour développer les compétences des jeunes filles et les amener à se protéger contre les violences. Dans cette intervention, l'information est délivrée par des mentors formés par l'IRC. Il s'agit alors de mettre en place des sessions de discussions sur la confiance en soi, la communication, la santé reproductive, les VBG, etc dans le but de préparer les jeunes filles à leur vie d'adulte. Le programme forme également les professionnels de santé sur la question des violences et leur prise en charge.</p>

n°	Titre de l'article	Auteurs	Revue / Année	Thème	Objectif	Type d'étude
[30]	Understanding the impact of a microfinance-based intervention on women's empowerment and the reduction of intimate partner violence in South Africa * / <i>Comprendre l'impact de la micro finance sur l'empowerment des femmes et sur la réduction des violences domestiques en Afrique du Sud</i>	Kim J C, Watts C H, Hargreaves J R et al.	American Journal of Public Health / 2007	Empowerment / IPV	Tester l'hypothèse : l'association d'un programme d'empowerment par la micro finance et une formation participative sur la prévention du VIH et des VBG pourrait améliorer le bien-être économique, l'empowerment des femmes et faire diminuer les VBG	Essai randomisé : interviews des participants du groupe témoin et du groupe expérimental à l'implantation du programme et deux ans après la mise en place du programme
[31]	Gender norms and economic empowerment intervention to reduce intimate partner violence against women in rural Côte d'Ivoire : a randomized controlled pilot study * / <i>Interventions sur les normes sexospécifiques et l'empowerment économique afin de réduire les violences domestiques dans les zones rurales de Côte d'Ivoire : essai pilote contrôlé randomisé</i>	Gupta J, Falb K L, Lehmann H et al.	BMC International Health and Human Rights/ 2013	Empowerment / IPV	Evaluer l'ajout d'un groupe de dialogue sur le genre à un programme d'empowerment économique pour les femmes	Essai contrôlé randomisé : le groupe témoin participe seulement au groupe d'autonomisation économique et le groupe expérimental reçoit les sessions sur l'empowerment et participe au groupe de dialogue sur le genre

Population	Lieu	Résumé de l'article	Résumé du programme
<p>n = 430 dans le groupe témoin et n = 430 dans le groupe expérimental. Il s'agit de femmes de 18 à 96 ans (moyenne d'âge : 42 ans), majoritairement mariées et vivant en zone rurale.</p>	<p>Afrique du Sud</p>	<p>L'étude démontre que la participation au programme a des effets positifs sur le bien-être économique et l'empowerment des femmes. On observe par une augmentation des biens et de la participation des femmes aux groupes d'épargne. La confiance en soi des femmes est meilleure, elles accèdent à une certaine indépendance économique, et ont plus d'autonomie dans les prises de décisions au sein de leur foyer. L'intervention a également un impact positif sur les VBG. La communication autour des violences est plus aisée et la participation au programme apporte un nouveau regard sur ces violences. Enfin, l'essai montre que l'incidence des VBG a significativement diminué (diminution de moitié dans le groupe expérimental).</p>	<p>Le programme "Intervention With Microfinance for AIDS and Gender Equity" (IMAGE) est un projet qui associe la micro finance à une formation participative sur les notions de genre, de VIH et de VBG. La micro finance est une stratégie de développement qui permet aux personnes à faibles ressources d'épargner et d'emprunter. Ce type de fonctionnement permet également de créer des projets générateurs de revenus. Le "Sisters for Life Program" met en place des sessions d'une heure sur les sujets variés comme les rôles sexospécifiques dans la communauté ou les tâches ménagères, les croyances, les VBG, le VIH, etc. Il a pour but de développer l'esprit critique, les compétences en communication et le leadership chez les femmes.</p>
<p>Femmes de plus de 18 ans n'ayant participé à aucun programme auparavant</p>	<p>Côte d'Ivoire</p>	<p>Cette étude montre que l'ajout du "Gender Dialogue Group" au programme d'empowerment diminue significativement les violences domestiques ("physical IPV") chez les femmes du groupe expérimental. L'association des deux programmes diminue significativement la maltraitance économique et influence de manière positive la vision des IPV chez les femmes (brûler le repas, ne pas pouvoir avoir d'enfant ou refuser d'avoir des rapports sexuels ne sont plus perçues comme des raisons acceptables de subir des violences). Cet essai démontre également que les programmes peuvent être évalués rigoureusement dans les installations affectées par un conflit.</p>	<p>Le programme "Village savings and loans associations" (VSLA) fournit un endroit sûr et accessible pour épargner. Un groupe de 15 à 30 femmes décide d'épargner ensemble. Chaque individu peut alors emprunter d'un compte commun et rembourser à des taux accessibles. Cette forme d'épargne est adaptée aux zones rurales et/ou en conflit où le système bancaire n'est pas fonctionnel et où les femmes ont un accès limité au système d'emprunt. Le "Gender Dialogue Group" met en place des sessions développées pour les femmes et leurs partenaires portant sur les inégalités au sein du ménage. Le programme se déroule sur 4 mois à raison d'une ou deux sessions par semaine.</p>

n°	Titre de l'article	Auteurs	Revue / Année	Thème	Objectif	Type d'étude
[32]	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 * / <i>Essai contrôlé randomisé pour évaluer l'impact du programme SASA ! : une intervention communautaire pour prévenir les violences basées sur le genre et réduire le risque de transmission du VIH à Kampala en Ouganda</i>	Abramsky T, Devries K, Kiss L et al.	BMC Medecine / 2014	Engagement communautaire	Evaluer l'impact du programme SASA! sur la prévention des violences faites aux femmes et sur la diminution des comportements à risque en matière de VIH	Essai randomisé : le groupe expérimental (4 communautés) participe à l'intervention communautaire et le groupe témoin (4 communautés) n'y participe pas. Les participants des deux groupes sont alors interviewés en amont du programme et 4 ans après l'intervention
[33]	Psychometric properties and reliability of the Assessment screen to identify survivors toolkit for gender based violence (ASIST-GBV) : results from humanitarian settings in Ethiopia and Colombia / <i>Etude de la fiabilité de l'outil de dépistage des violences basées sur le genre mis en place dans des installations humanitaires en Ethiopie et Colombie</i>	Vu A, Wirtz A, Pham K et al.	Conflict and health / 2016	Dépistage	Augmenter la dénonciation des VBG et l'accès aux services compétents pour les survivants Evaluer l'outil de dépistage	4 phases : revue de la littérature, recherche qualitative par interview individuel et groupe de discussion, essai pilote et implantation de l'outil.
[34]	Responses to intimate partner violence in Kakuma refugee camp : refugee interactions with agency systems / <i>Réponses aux violences domestiques dans le camp de réfugiés de Kakuma : interaction des réfugiés avec le système de prise en charge mis en place</i>	Horn R	Social science and medicine / 2010	SSR	Evaluer la réponse aux IPV dans une installation de réfugiés Comprendre la perception des réfugiés par rapport aux moyens mis en place par l'UNHCR pour répondre aux violences basées sur le genre	Enquête qualitative : 18 groupes de discussion avec la participation de 157 réfugiés

Population	Lieu	Résumé de l'article	Description du programme
<p>Phase initiale :</p> <ul style="list-style-type: none"> -groupe expérimental : n = 374 femmes et n = 419 hommes interviewés -groupe témoin : n = 343 femmes et n = 447 hommes <p>Phase de suivi :</p> <ul style="list-style-type: none"> -groupe expérimental : n = 600 femmes et n = 768 hommes -groupe témoin : n = 530 femmes et n = 634 hommes <p>Les participants ont entre 18 et 49 ans</p>	Ouganda	<p>On observe une amélioration des comportements dans le groupe ayant participé au programme SASA! par rapport au groupe témoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> - diminution significative de l'acceptation sociale des violences chez les hommes et les femmes - changement de regard sur le refus d'avoir des rapports sexuels (significativement plus accepté chez les femmes et les hommes) - diminution du taux d'expérience d'IPV dans l'année (non significatif) - amélioration de la réponse communautaire chez les femmes ayant subi des violences dans l'année - diminution des relations extra conjugales 	<p>Le programme "SASA! Activist kit for preventing violence against women and HIV" est une intervention communautaire visant à changer les attitudes, les normes, les comportements qui entretiennent les inégalités de genre, les violences et la vulnérabilité des femmes en ce qui concerne le VIH. Ce programme a été mis en place par le centre de prévention des violences domestiques (CEDOVIP). Il comprend quatre phases : "Start", "Awareness", "Support" et "Action". Dans un premier temps, des membres volontaires de la communauté et intéressés par les questions de violences et d'inégalités sont formés par des professionnels de santé, de police, etc. Ensuite, ces membres actifs mettent en place des actions autour de quatre stratégies : l'activisme local, les médias, la communication et la formation. Au total, 400 activistes communautaires ont réalisé plus de 11000 activités : conversations communautaires, discussion porte à porte, formation, événements publics, distribution d'affiche, meetings communautaires, films, etc.</p>
<p>n = 998 participants : 511 IDP en Colombie et 487 réfugiées vivant en Ethiopie</p> <p>Il s'agit de femmes de plus de 15 ans en Ethiopie et de plus de 18 ans en Colombie</p>	Ethiopie / Colombie	<p>L'instrument de dépistage a une bonne faisabilité. Selon l'étude, il s'agit d'un outil valide pour dépister les violences dans des installations humanitaires. C'est un outil rapide, qui permet d'orienter facilement les victimes vers les services compétents. Mais ce moyen de dépistage ne prend pas en compte tous les types de VBG et ne dépiste que les violences subies dans l'année (ne prend pas en compte par exemple les mutilations génitales féminines). Cet outil est potentiellement généralisable à d'autres pays dans un contexte similaire.</p>	<p>L'outil de dépistage ASIST-GBV est présenté comme un service offert à toutes les femmes venant se faire soigner dans une clinique. Cela permet alors aux femmes d'être dépistées sans que la communauté ne soit alertée. Avant de participer au dépistage, les femmes sont informées sur le type de questionnaire et doivent donner leur consentement oral. Les participantes ayant été dépistées comme positives aux VBG sont alors réorientées vers les services compétents (services de santé reproductive, de soutien psychosocial et de protection). Les informations sont ensuite collectées dans une base de données.</p>
<p>Populations déplacées (Somaliens, Soudanais, Ethiopiens, Congolais, Ougandais) installées dans des camps de réfugiés</p>	Kenya	<p>Il existe plusieurs systèmes et structures pour prendre en charge les victimes de violences : les systèmes de protection mis en place par l'UNHCR, les unités de protections développées par des travailleurs sociaux réfugiés, les chefs de la communauté, les groupes de soutien communautaire et les associations de protection. Toutes ses structures tentent de travailler ensemble pour répondre aux violences. On remarque une hiérarchie dans cette réponse :</p> <ul style="list-style-type: none"> - réponse communautaire selon la sévérité des actes commis - réponse officielle par les agences du camp : UNHCR, LWF (Lutheran World Federation), JRS (Jesuit Refugee Service) - réponse officielle par la police kenyane 	

n°	Tire de l'article	Auteurs	Revue / Année	Thème	Objectif	Type d'étude
[35]	Piloting community-based medical care for survivors of sexual assault in conflict-affected Karen State of eastern Burma / Programme pilote de soins médicaux communautaires pour les victimes d'agressions sexuelles dans les régions touchées par un conflit dans l'Etat de Karen à l'est de la Birmanie	Tanabe M, Robinson K, Lee C I et al.	Conflict and health / 2013	SSR	Evaluer la sécurité et la faisabilité du projet impliquant la communauté dans les soins médicaux pour les victimes de violences sexuelles	Enquête qualitative : groupe de discussion
[36]	Reproductive health services for Syrian refugees in Zaatri Camp and Irbid city, Hashemite Kingdom of Jordan : an evaluation of the Minimum initial services package / Les services de santé reproductive pour les réfugiés syriens dans le camp de Zaatri et la ville d'Irbid en Jordanie : évaluation du dispositif minimum d'urgence	Krause S, Williams H, Onyango M A et al.	Conflict and health / 2015	SSR	Evaluer la mise en place du DMU dans un camp de réfugiés syriens en Jordanie	Enquête qualitative : 11 interviews d'informateurs clés 13 évaluations des services de santé reproductive 14 groupes de discussion
[37]	Systematic review of prevention and management strategies for consequences of gender-based violence in refugee settings / Revue de la littérature sur la prévention et les stratégies de management des conséquences des violences basées sur le genre dans les installations de réfugiées	Asgary R, Emery E et Wong M	The royal society of tropical medicine and hygiene / 2013	SSR	Evaluer les stratégies et les approches permettant de prévenir et de prendre en charge les violences basées sur le genre ainsi que leurs conséquences sur la santé des réfugiés ou des personnes déplacées	Revue de la littérature : sur 1510 articles concernant la prévention aucun n'a été sélectionné sur 1308 articles concernant le traitement des violences aucun n'a été sélectionné

Population	Lieu	Résumé de l'article	Description du programme
2 groupes de discussion avec les cadres des services de santé 8 groupes de discussion avec les accoucheuses traditionnelles 10 groupes de discussion avec des femmes et des hommes en âge de procréer de 4 communautés différentes	Birmanie	Les participants au projet pilote sont plus à l'aise sur le sujet des violences basées sur le genre et ont plus de compétences cliniques pour la prise en charge des victimes de violences. Cependant, ils manquent toujours de confiance en leurs compétences pour le soutien psychologique des victimes. La notion de confidentialité est bien comprise par les professionnels de santé communautaire. Les accoucheuses traditionnelles participant au programme comprennent bien leur rôle dans la prévention et la prise en charge des violences	Le programme met en place une formation de 5 jours sur la prise en charge des victimes de violences basées sur le genre pour les cadres des professionnels de santé communautaires. Des modules sur l'écoute, la confidentialité, les violences, le genre, le suivi psychologique et la réponse communautaire sont également proposés. Le modèle de soins axé sur les dimensions communautaires permet de : -réaliser l'examen médical avec l'accord du patient -fournir des soins confidentiels et bienveillants aux victimes: traitement et prévention des IST et des complications, prescription de contraceptions d'urgence, soins des blessures, thérapie de soutien, soins psychosociaux. A la fin de la formation, les cadres doivent transmettre leurs connaissances aux accoucheuses traditionnelles et aux professionnels de santé communautaires.
n = 154 femmes réfugiées dans les groupes de discussion Informateurs clés : personnels des agences et des établissements de santé dirigés par des organisations nationales et internationales	Jordanie	7 des informateurs clés avaient connaissances des mesures pour la prévention et le traitement des victimes de viols. Les mesures de prévention étaient insuffisantes et seulement un site avait les ressources humaines nécessaires pour fournir les soins médicaux aux victimes Chez les femmes réfugiées : - inquiétudes sur le manque de lumière -peur d'utiliser les toilettes la nuit -peur d'envoyer les filles à l'école en bus -peur de dire avoir été victime de violences -peur d'utiliser les services de soins compétents	Le DMU permet de répondre aux besoins de santé reproductive des populations dès le début de l'urgence et permet de prévenir la morbidité et la mortalité dans les situations de crises humanitaires. Pour prévenir la violence sexuelle et répondre aux besoins des victimes, les services de santé reproductive doivent mettre en place, dès le début d'une urgence : -des mécanismes pour protéger la population touchée par la violence sexuelle -des soins cliniques pour les victimes de viols -la sensibilisation de la communauté aux services proposés aux victimes de viols
/	/	La recherche ne met pas en évidence de stratégies de prévention ou de prise en charge des violences basées sur le genre efficaces et réalisables.	

ANALYSE ET DISCUSSION

1) Analyse critique de l'étude

a- Vue d'ensemble sur notre recherche

Les crises humanitaires sont des situations complexes. Les contextes de guerres, de conflits ou de catastrophes naturelles provoquent l'effondrement des structures permettant habituellement le fonctionnement d'un pays. De ce fait, les infrastructures sanitaires, judiciaires, éducatives, et gouvernementales ne peuvent assurer la prise en charge de la population touchée. Pour de « simples » difficultés logistiques, de moyens, d'infrastructures, et par manque de professionnels qualifiés, l'implantation et l'évaluation de projets de prévention contre les violences basées sur le genre sont mises à l'épreuve. Dans la majorité des cas, les actions des différentes ONG sont sous évaluées.

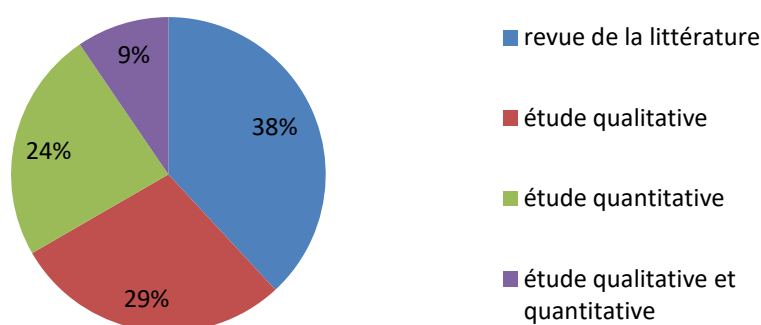
L'évolution constante des conflits, l'insécurité et les flux incessants de réfugiés rendent très difficiles l'analyse des situations et la tenue de registres populationnels fiables. Beaucoup de conflits et donc de situations d'urgence deviennent chroniques et les programmes de prévention s'épuisent par manque de moyens logistiques, financiers, humains. Les évaluations de suivis pré et post interventions, permettant une réelle analyse de l'impact sur les indicateurs de santé, sont d'autant plus complexes à mettre en place.

La complexité des situations de crise humanitaire n'est pas le seul frein à l'évaluation des interventions. Le sujet des violences faites aux femmes est en lui-même un obstacle à l'implantation de programmes. En effet, les violences basées sur le genre touchent la population en son cœur et brisent des sociétés déjà affectées par des situations inhumaines. Ces violences sont un sujet tabou, intime, stigmatisant pour les victimes et sont ancrées dans les sociétés où les inégalités sexospécifiques sont préexistantes aux situations de crise. De ce fait, le simple recensement des victimes de violences est complexe. L'UNHCR donne des outils de dépistage de ces violences mais elles restent sous évaluées. Sans une quantification exacte de l'incidence du problème la mise en place d'actions adaptées semble compromise.

La prise en charge des violences basées sur le genre en situation de crise humanitaire résulte d'un éveil de conscience récent par la communauté internationale. Les études analysées sont donc parfois en cours de réalisation et celles-ci manquent de recul face aux directives et aux programmes nouvellement implantés.

La majorité des articles de notre étude met en évidence ce manque d'évaluation. Beaucoup d'auteurs pensent que des programmes de prévention et de prise en charge des violences sont implantés par la communauté internationale mais que les actions sont sous représentées car peu voire pas évaluées. Les auteurs identifient bien la complexité de mettre en place des études qualitatives ou quantitatives dans ce type de contexte. C'est pourquoi notre recherche ne compte que quelques programmes introduits lors de crise humanitaire qui ont pu être scientifiquement évalués. Sur 71 articles présélectionnés seuls 17 répondent réellement aux critères de sélection et évaluent des interventions sur les violences. En ajoutant les 4 articles supplémentaires retrouvés au fil de nos lectures, 20 articles répondent finalement à notre recherche. Dans cette base de données, 5 articles uniquement estiment l'efficacité des programmes implantés grâce à un essai contrôlé randomisé. Les autres études retrouvées interprètent l'efficacité de l'action menée par des revues de la littérature, des études qualitatives ou des études mixtes, qualitatives et quantitatives. Les types d'études ressortant de l'analyse des articles du groupe 1 sont répartis comme suit :

Graphique 1 : Types d'études pour les articles du groupe 1



Les revues de la littérature, majoritairement retrouvées dans notre étude, sont complexes à analyser. Ce type d'étude est intéressant pour avoir un point de vue général sur un sujet donné mais rend très difficile la mise en exergue de déterminants favorisant ou non l'implantation de programmes de prévention. Les études qualitatives (groupes de discussion ; interviews des participants au programme ; interviews de professionnels de santé, des cadres des services de santé reproductive, des élus communautaires, etc.) paraissent plus simples à mettre en place. Cependant, ce type d'étude possède de nombreux biais (biais de rappel, biais dans sélection des participants, biais de jugement, biais de désirabilité sociale, etc) et la généralisation de leurs résultats à l'ensemble d'une population est très souvent impossible. Dans la partie *discussion*

des articles du groupe 1, les auteurs appellent à la mesure quant aux conclusions émises et mettent souvent en avant la subjectivité de leurs résultats et donc la nécessité de réévaluer le contexte avant de mettre en place un programme. Seuls les 5 articles portant sur des essais randomisés ont une rigueur scientifique suffisante pour pouvoir imaginer reconduire les programmes analysés à d'autres populations. Cependant, il faut toujours partir du principe qu'il est nécessaire de réaliser un diagnostic de la situation et une mission exploratoire avant toute implantation de programme [80]. Les 5 essais randomisés montrent qu'il est possible de conduire une évaluation de manière optimale dans ce type de contexte et donc d'améliorer ces pratiques.

Le thème des violences est complexe à analyser de par la multitude des problématiques qui en émanent. Il ne s'agit pas de traiter uniquement le sujet des violences et de leurs implications sur la santé des femmes mais d'essayer d'avoir un aperçu global des notions qui gravitent autour de ce sujet. Cette analyse multidisciplinaire vise à mieux comprendre les difficultés lors de l'implantation des dispositifs de prévention. Notre recherche met également en exergue des données démographiques et socioculturelles sur les violences sexospécifiques afin de révéler l'importance d'une évaluation pré, per et post intervention.

Le champ des violences est un sujet très vaste. L'importance du nombre de citations (650 dans seulement trois bases de données scientifiques) retrouvées en utilisant les mots clés choisis montre bien la variété des sujets autour des violences basées sur le genre. Celles-ci sont présentes dans tous les secteurs de la santé sexuelle et reproductive. Leur prise en charge se fait au niveau individuel, communautaire, national et international dans chacun de ces domaines : sanitaire, socioéducatif et judiciaire. Nous avons tenté de regrouper les articles selon ces différents thèmes. Le tableau suivant montre que la prise en charge des violences doit être transversale mais qu'il existe des disparités selon les secteurs.

THEMES	% d'articles du G1	% d'articles du G2
Santé reproductive	13	13
Services de santé reproductive	13	13
Planification familiale	0	5
VIH	9	10
VBG	17	10
IPV	22	10
Santé mentale	4	13
Droit et sécurité	0	13
Dépistage des VBG	13	8
Autres (éducation, résilience, adolescente, mutilation génitale)	9	5

Figure 2 : Répartition des thèmes relatifs aux violences basées sur le genre

On observe que la question des violences basées sur le genre chez les adolescentes est peu abordée alors que le groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise recommande de mettre place des soins et des outils adaptés à la prise en charge des adolescentes en tant que personnes vulnérables [5]. Ensuite, on observe qu'une part importante des articles du groupe 2 traite des victimes de violences et de leurs droits en termes de justice mais qu'aucun article n'évalue clairement l'efficacité d'un programme permettant une meilleure prise en charge des victimes de violences dans l'affirmation de leurs droits. La majorité des articles recueillis sur les droits des victimes évalue principalement les causes d'inaccessibilité des services de police, de la place de la stigmatisation des victimes, de la peur des représailles, de la politique de non dénonciation, de corruption, d'absence de services de sécurité compétents, et donne donc des données socioculturelles et qualitatives sur la place des services de maintien de l'ordre dans les situations de crise humanitaire. On voit que les programmes de prise en charge des victimes au niveau légal restent encore mis de côté.

La prise en charge de la santé mentale des victimes de violences est également peu représentée. Les articles du groupe 2 mettent bien en avant l'importance des dépressions, du stress post traumatique et de l'isolement des victimes de violences en les recensant et en analysant les dimensions socioculturelles de ces conséquences. Cependant, au vu du pourcentage de victimes souffrant de ces pathologies et de leur impact sur la population, peu de programmes sont mis en place pour tenter de répondre à cette problématique. Seuls 4% des articles du groupe 1 traitent de programmes sur la santé mentale. Encore une fois, les rapports des organisations comme l'UNHCR montrent que les violences basées sur le genre ont des conséquences sur la santé mentale des victimes et qu'il est essentiel de prendre en charge cette dimension.

Les articles du groupe 1 et du groupe 2 traitent à part égale la prise en charge des violences par les services de santé reproductive. Ils mettent en évidence les difficultés de l'accès à ces services et les facteurs favorisant ou non leur utilisation par les victimes de violences.

Les données sociodémographiques sur les violences basées sur le genre en général sont largement analysées. Les articles concernant les violences domestiques (*Intimate Partner Violence*) sont surreprésentés par rapport aux autres types de violences.

Enfin, aucun article n'aborde les conséquences sociales des violences basées sur le genre, n'évalue les services de planification familiale ou ne traite des grossesses non désirées chez les victimes de violences sexuelles.

b- Pistes de réflexion

Afin de rendre notre recherche plus significative, plusieurs points auraient pu être améliorés. Les mots clés utilisés ont fait émerger une grande variabilité de sujet concernant les violences. De plus, les critères de sélection restant larges pour tenter de recueillir le maximum d'articles évaluant les programmes de prévention contre les VBG, ont généré une base de données vaste où le contexte, le type de population, le sujet, le type d'étude, le type de terrain, le type de programmes sont très différents. Cette variété d'articles rend difficile l'analyse et la mise en évidence de schémas favorisant ou non l'implantation d'un programme, un type d'évaluation réalisable, ou encore d'un projet de prévention efficace.

Des mots clés plus centrés sur les programmes d'intervention auraient été intéressants à utiliser. Les termes « empowerment », « intervention », « prévention », ou encore « engagement communautaire » auraient pu être utilisés. Le choix d'étudier un type de violences basées sur le genre et donc d'utiliser des mots clés plus ciblés aurait peut-être été plus pertinent afin d'approfondir un thème donné. (Exemple : se concentrer uniquement sur les violences domestiques et les programmes mis en place autour de la prévention de ce type de violence, en utilisant les mots clés suivants : « *IPV and prevention in humanitarian crisis* »)

Ensuite, plus de rigueur dans les critères d'inclusion et d'exclusion aurait été judicieux, en excluant directement les articles n'évaluant pas strictement un programme de prévention. Ces précisions auraient sans doute apporté plus de puissance à notre évaluation concernant les programmes d'intervention et auraient permis de se concentrer sur les interventions efficaces.

L'ajout de base de données de plusieurs ONG aurait peut-être permis d'accéder aux interventions mises en place par ces organisations ainsi qu'à leur évaluation.

2) Analyse des données qualitatives et socio démographiques sur les violences basées sur le genre en situation de crise humanitaire

a- *Conséquences d'une crise humanitaire sur les comportements en termes de violences basées sur le genre*

Lina was a trained nurse who had worked in a clinic in the north until the fighting started. [...] Most educated Liberians in her position would have found their way to the capital or to another country by this time, but she had stayed here where people needed her. [...]

« We came here two weeks ago and we have received hardly any help at all, only a little bit of food and that water. There are hundreds of people here, men, women and children. People are exhausted, sick and unable to take any more fighting. They tremble when they hear the mortars at night, and we all fear that this area will be attacked at any time. I am the only one here to nurse all these people, there's not even a midwife. There are so many women who are pregnant and no one else to help with them. If there is a problem, they will just have to die here because I have no supplies, no transport, and no way to help. I don't know how anyone can look at these women and not help them, not let them be in safe place. »

Young women, many with babies in their arms, gathered around, nodding in agreement as Lina spoke. When we asked why so many were pregnant, they laughed at such a silly question. « How could we avoid it ? Do you think anyone would want to give birth here ? » they asked. They were there with their husbands or boyfriends ; they had no access to contraceptives and, in their situation, no power to refuse sexual relations.

Propos de Lina, une infirmière libérienne, recueillis par Elisabeth Rehn et Ellen Johnson Sirleaf lors de leur visite du camp de personnes déplacées à Monrovia, capitale du Libéria. [73]

(Lina était une infirmière diplômée qui avait travaillé dans une clinique au Nord jusqu'à ce que les combats commencent. [...] La plupart des libériens éduqués dans sa position aurait trouvé leur chemin vers la capitale ou vers un autre pays à cette époque, mais elle est restée où on avait besoin d'elle. [...])

« Nous sommes venus deux semaines auparavant et nous avons à peine reçu de l'aide, juste un peu de nourriture et d'eau. Il y a des centaines de personnes ici, des

hommes, des femmes et des enfants. Les personnes sont épuisées, malades, et nous avons tous peur que cet endroit soit attaqué à tout moment. Je suis la seule infirmière ici pour toutes ces personnes, il n'y a même pas de sage-femme. Il y a tellement de femmes enceintes et personne d'autre pour les aider. S'il y a un problème, elles vont simplement mourir ici parce qu'il n'y a pas de matériel, de transport et aucun moyen d'avoir de l'aide. Je ne comprends pas qu'on ne puisse pas veiller sur ces femmes et les aider, qu'on ne puisse pas les installer dans un endroit sécurisé. »

Les jeunes femmes, beaucoup avec des enfants dans leurs bras, s'étaient rassemblées, acquiesçant les paroles de Lina. Quand nous avons demandé pourquoi autant de femmes étaient enceintes, elles se sont moquées de l'absurdité d'une telle question. « Comment pourrait-on éviter ça ? Pensez-vous que quelqu'un veuille donner naissance dans un tel endroit ? » ont-elles demandé. Elles étaient ici avec leurs maris ou leurs petits amis ; elles n'avaient aucun accès aux moyens de contraception et, dans leur position, aucun pouvoir de refuser les rapports sexuels.)

Cet extrait résume l'ensemble des problématiques auxquelles doivent faire face les populations lors de crises humanitaires.

Une situation de crise humanitaire bouleverse l'ordre commun. La communauté est touchée dans ses repères, ses normes, sa structure même. Dans notre recherche, les situations de crise retrouvées sont toujours consécutives à un conflit armé évoluant sur plusieurs années. Les conséquences d'un conflit se retrouvent sur plusieurs niveaux : sociétal, communautaire et individuel. Les conflits vont affecter l'environnement sanitaire, judiciaire, économique, éducatif et social d'un pays. D'un point de vue global, un conflit désorganise le fonctionnement d'un pays, d'une région où il sévit. L'effondrement de ces structures sociétales affecte l'organisation du pays et modifie, à plus ou moins long terme, le comportement des individus.

Le schéma suivant résume les conséquences d'un conflit sur la population en termes de modifications des normes socioculturelles et l'impact d'une situation de crise humanitaire sur la perpétuation des violences basées sur le genre.



Figure 3 : Conséquences d'un conflit

Par exemple, sur le plan sanitaire, l'effondrement des infrastructures de soins provoque une diminution de l'offre de soin et de son accessibilité. Les centres de soin ne sont plus disponibles et accessibles, les fournitures, le matériel manque ainsi que les professionnels de santé. La population n'a plus accès aux soins de base avec toutes les conséquences sanitaires que cela peut entraîner.

« The conflict affected this. If we start with quality, there was first of all the lack of personnel, there were no medical supplies, the distance between functional health facilities increased because there were health structures that were closed or destroyed, and there was also lack of medicines and materials »

Local health providers - policy maker, in depth interview – Ngozi, Uganda [38]

(« C'est affecté par le conflit. Si on commence par la qualité, premièrement il y a le manque de personnel, l'absence de fournitures médicales, la distance entre les

établissements de soins fonctionnels augmente parce que les structures sanitaires sont fermées ou détruites, et il y aussi un manque de médicaments et de matériels.»

Agent de santé local – officier de police, lors d’une interview – Ngozi, Ouganda)

« Many health personnel, including nurses and doctors were killed, while others fled to other countries. There were regions that were left without health personnel »

Local health providers, focus group discussion – Bujumbura, Uganda [38]

(« Beaucoup de personnels de santé, comportant les infirmières et les médecins ont été tués, alors que les autres ont fui vers d’autres pays. Il y avait des régions laissées sans personnel médical »

Agent de santé local – groupe de discussion – Bujumbura, Ouganda)

Mais l’augmentation de la mortalité, des épidémies, de l’insécurité n’affecte pas seulement la population en terme de santé publique mais touche la structure même de la société, de la cellule familiale, de l’identité personnelle. La cascade de conséquences résultant d’un conflit entraîne de nombreux changements au niveau des normes socioculturelles régissant toute une communauté.

« I think if it were not of the conflict, we would not have been affected by HIV/AIDS. Before the conflict we had not seen these things and we did not even know about them. However, after the conflict we have seen bad things such as incurable diseases, rape or sexual violence by a man who is older than you and who is like your parents or your grandfather. These things did not exist before the war. We can say that Burundians have lost their cultural norms. »

Woman, Focus group Discussion – Kinama, Northern Uganda [38]

(« Si nous n’avions pas été en conflit, nous n’aurions pas été affectés par le VIH. Avant le conflit nous ne voyions pas ces choses là et nous n’en n’avions même pas connaissance. Cependant, après le conflit nous avons vu des malheurs comme les maladies incurables, les viols ou la violence sexuelle par un homme qui est plus vieux que toi ou qui a le même âge que tes parents ou ton grand-père. Ces choses là n’existaient pas avant la guerre. On peut dire que les burundais ont perdu leurs normes culturelles. »

Femme du groupe de discussion – Kinama, Nord de l’Ouganda)

Connaître ces différents bouleversements identitaires sur l'ensemble des niveaux précédemment cités permet d'adapter la prise en charge des victimes de violences et de travailler avec la population sur la prévention de ces violences.

Les conflits et les déplacements en conséquence de ces conflits apportent des vulnérabilités supplémentaires chez les femmes face aux violences comme l'absence de logement sécurisé, l'absence de ressources pour subvenir aux besoins primaires de leur famille, le manque d'accès aux soins, etc. Cela amène souvent les femmes et les jeunes filles à avoir des comportements dits à risque et à avoir des relations sexuelles transgénérationnelles et de nature transactionnelle.

« The young children grew up in camps and were exposed to seeing bad and good things that have made them to get into sexual relationships very early and for that reason there are very many cases of child pregnancies. Apart from that there is prostitution ; many of these young girls opt for sexual relationships just for money »

Local health providers, in depth interview – Gulu, Northern Uganda [38]

(« Les jeunes enfants ont grandi dans les camps et ont été exposés à des bonnes et mauvaises choses qui les ont amenés à avoir des relations sexuelles précoces et c'est pour cette raison qu'il y a tant de grossesses chez les adolescentes. Indépendamment de cela, il y a la prostitution ; beaucoup de ces jeunes filles ont des relations sexuelles simplement pour de l'argent »

Agent de santé local, lors d'une interview – Gulu, Nord de l'Ouganda)

« The only alternative is for you to go to a boy/man, so that he can help you with money to cater for things like clothing, food and other necessities. If you spend a night with the army officer at the barracks, the next day you will change to another man, provided he gives you some money »

Adolescent girl in displacement camp, Uganda [49]

(« La seule alternative pour toi est d'aller voir un garçon/un homme, pour qu'il puisse t'aider avec de l'argent pour répondre à des besoins comme des choses, de la nourriture et d'autres nécessités. Si tu passes la nuit avec un officier de l'armée au baraquement, le jour d'après tu peux aller vers un autre homme, en promesse d'un peu d'argent »

Jeune fille adolescente dans un camp de déplacement, Ouganda)

Ces changements de normes affectent les populations, parfois sur plusieurs générations, avec une perte de repères notamment chez les plus jeunes et cela va largement affecter les comportements en termes de violence et de comportements sexuels.

« [...] living in IDP camps affected us... our cultural values and norms lost their sting... children stopped respecting their elders... they started sexual acts early. In the crowded camps, children would see their parents in sexual acts because the huts were too small for all family members... if a woman failed to get something from a husband and someone else was there and willing to do it in exchange for sex, she would go for it. This became common... most men lost their wives and daughters to soldiers... »

45 years old female, Focus group discussion – IDP camp in Uganda [67]

(« [...] vivre dans un camp de déplacés internes nous affecte... nos valeurs et normes culturelles...les enfants ne respectent plus leurs aînés...ils commencent les relations sexuelles trop tôt. Dans les camps surpeuplés, les enfants voient leurs parents pendant l'acte sexuel parce que les baraquements sont trop exigus pour tous les membres de la famille...si une femme n'obtient pas quelque chose de son mari et que quelqu'un d'autre est là et désireux de le faire en échange de rapports sexuels, elle le fera. C'est devenu commun... la plupart des hommes laissent leurs femmes et leurs filles aux soldats. »

Femme de 45 ans, groupe de discussion – camp de déplacés internes en Ouganda)

b- Analyse des différents types de violences basées sur le genre

L'ensemble des violences basées sur le genre sont retrouvées dans toutes les situations résultant d'un conflit (camps de déplacement, zones urbaines et rurales per et post conflit). Ces violences peuvent être perpétrées par les hommes armés ou au sein même du foyer par les partenaires intimes. Les violences apparaissent aussi dans le fonctionnement même de l'installation lorsque les dirigeants, chefs de sécurité ou figures de l'autorité acceptent des rapports sexuels en échange de vivres ou d'autres compensations financières. Les violences peuvent être aussi plus ponctuelles lors de viols ou violences physiques inopinées (sur le chemin du bois de chauffage, dans les sanitaires, etc). Lorsqu'elles sont perpétrées par les groupes

armés, il s'agit alors de tactiques de guerre pour toucher au plus profond la population civile et l'affaiblir. Ces techniques visent à déshumaniser les populations et notamment les hommes de la famille (les maris peuvent être contraints de regarder leur femme se faire violer ou battre à mort). Il existe donc plusieurs catégories de violence et les femmes et jeunes filles peuvent être victimes de violences dans l'ensemble de ces catégories à la fois.

« So one day I was at home, I was two months pregnant. Some people came in the house, my husband was at work. They came and they arrested me, they took me to the place, which I don't know. They started beating me ; they said that me and my people, we are against them. I said, « Who are those people ? » They are accusing me for being from Rwanda. I told them I'm not from Rwanda... They were beating me and I told them, « What you are doing ? I'm pregnant. » They are going to kill me and kill my child. And their [response] was like 'that child is not __, he can die any time, we don't care about him.' So they put me in that place, one of my neighbors called to my husband and told him that they raped me... At the place they put me, I don't know if it was prison or what, every night anyone can come and sleep with me. If I tell them that, « I'm pregnant, why are you doing this to me ? » they will be beat me and do it by force. »

Congolese GBV survivor, Addis Ababa [60]

(« Un jour, j'étais à la maison, j'étais enceinte de deux mois. Des personnes sont venues dans ma maison, mon mari était au travail. Ils sont venus et m'ont arrêtée, ils m'ont emmenée dans un endroit que je ne connaissais pas. Ils ont commencé à me battre ; ils ont dit que les personnes comme moi étaient contre eux. J'ai dit « Qui sont ces personnes ? » Ils m'ont accusée de venir du Rwanda. J'ai dit que je n'étais pas du Rwanda...Ils m'ont battue et je leur ai demandé, « Que faites vous ? Je suis enceinte. » Ils sont en train de me tuer moi et mon enfant. Ils ont répondu quelque chose comme 'cet enfant n'est pas __, il peut mourir à n'importe quel moment, on ne s'intéresse pas à lui.' Puis ils m'ont installée dans cet endroit, un des mes voisins a appelé mon mari et lui a dit qu'ils m'avaient violée... A l' endroit où ils m'ont installée, je ne sais si c'était une prison ou autre chose, chaque nuit quelqu'un venait et dormait avec moi. Si je disais, « Je suis enceinte, qu'est ce que vous faites ? » ils me battaient et le faisait par force. »

Survivante congolaise de violences basées sur le genre, Addis Abeba)

Dans ce climat de violence et d'insécurité, les violences au sein du foyer sont exacerbées. Il s'agit des « intimate partner violence » ou violences domestiques. Ce type de comportements est omniprésent dans les installations de réfugiées, pendant et après le conflit. Le chômage, l'inactivité, l'effondrement des structures et normes socioculturelles, la consommation de substances psychoactives sont des facteurs favorisant à ces comportements violents.

« Life is hard because there is hardly any means to earn income. It is because we do not have access to land due to insecurity. The land we dig, we rent or borrow but it is so little. Since there is no useful cultivation, we cannot afford to pay fees for our children, feed them and look after ourselves »

Adult women in displacement camp, Uganda [49]

(« La vie est difficile parce qu'on trouve difficilement des moyens de gagner de l'argent. C'est parce qu'on n'a pas accès à la terre à cause de l'insécurité. On creuse, loue ou empreinte un terrain mais c'est si petit. Depuis que la culture n'est plus rentable, on ne peut pas payer les frais pour nos enfants, les nourrir et veiller sur nous-mêmes »

Femme adulte dans un camp de déplacement, Ouganda)

Le chômage est un problème majeur dans les camps de réfugiés. La frustration des hommes sans emploi associée à la promiscuité, à l'insécurité financière et à l'acceptation sociale de la violence dans certaines communautés accentuent clairement les violences domestiques. De plus, lors de situation de crise humanitaire, le changement des rôles au sein de la cellule familiale apportent des tensions. En subvenant aux besoins de leur famille, les femmes bouleversent les normes sexospécifiques traditionnelles. Pour certains hommes, le rôle nouveau de leur partenaire peut être vécu comme un affront et dans ce contexte sous tension ceux-ci peuvent réaffirmer leur domination sous forme de violences physiques, sexuelles ou psychoaffectives.

Ce problème est sous rapporté par les victimes. La violence est un sujet tabou dans ces communautés : peur de la stigmatisation, préjugé chez les professionnels de santé, peur des représailles, etc. Certaines violences sont considérées comme normales par les victimes (Par exemple : se faire battre par son mari après avoir brûlé le repas) et l'ensemble de la communauté.

«Sometimes women, when they are very sick and they don't want to have sex, and they are very exhausted because of the children and taking care of the children, the husband will force them to have sex with them, and if she refuse, he will beat her and hurt her. He will beat her so much until she gets so weak, and then he will have sex with her forcefully. »

Somali GBV survivor, Addis Ababa [60]

(« Parfois, quand les femmes sont vraiment malades et qu'elles ne veulent pas avoir de relations sexuelles et qu'elles sont épuisées à cause de leurs enfants et du soin qu'elles leurs apportent, leur mari va les forcer à avoir des relations sexuelles avec eux et si elle refuse, il la battra et la blessera. Il la battra jusqu'à ce qu'elle devienne impuissante et ensuite il aura des rapports sexuels forcés avec elle. »

Survivante de violence somalienne, Addis Abeba)

Les IPV résultent donc de facteurs complexes au niveau individuel, relationnel, communautaire, et sociétal. La multitude des acteurs (acteurs communautaires, gouvernement local, leaders culturels et professionnels) mis en jeu rend leur prise en charge difficile et implique une connaissance exacte des déterminants socioculturels sur ces violences pour adapter l'offre de soin.

c- Conséquences des violences basées sur le genre sur la santé mentale des victimes

La prévalence des dépressions et des Syndromes de Stress Post-Traumatique (SSPT) est très importante dans les régions en post conflit. Il y a un manque de connaissance sur ce sujet, sur les conséquences psychosociales des violences sur les populations confrontées à des situations de crise humanitaire. Les déterminants socioculturels, les facteurs de risques psychosociaux et la prévalence exacte des conséquences sur la santé mentale sont mal évalués. Le dépistage de ces pathologies est complexe. En effet, dans certaines communautés, les souffrances mentales sont mal considérées, mal connues, mal interprétées, et parfois signe de faiblesse.

James Mugisha et al. [50] tentent de connaître la prévalence et les facteurs associés au SSPT dans une région de l'Ouganda après que la population ait été exposée à un conflit armé.

Chez les femmes interrogées, la prévalence de SSPT était de 10.9% et en moyenne la population étudiée a fait l'expérience d'au moins 9 événements de vie négatifs. Plusieurs facteurs ont été identifiés comme fortement associés au SSPT :

- Exposition à un ou plusieurs événements traumatisant pendant le conflit : traumatisme physique, psychosocial ou sexuel
- Exposition à un événement de vie négatif
- Exposition à un traumatisme pendant l'enfance
- Stratégie de coping négative⁵
- Insécurité alimentaire

Les auteurs n'ont pas trouvé d'association significative entre le genre ou l'âge et l'apparition de SSPT. Le niveau d'éducation, la situation d'emploi, la religion ou encore le statut marital ne sont pas des facteurs associés au SSPT. Les facteurs de comorbidité sont la dépression, l'anxiété généralisée et la tendance suicidaire.

L'analyse de Fetuma Feyere et al. [51] sur la prévalence de la dépression et les facteurs associés chez les somaliens réfugiés en Ethiopie estime que 38.3% des personnes ayant participé à l'étude montraient des symptômes de dépression. Dans cette recherche, le genre, le statut marital, avoir été témoin du meurtre d'un membre de sa famille ou d'un ami, l'absence de logement ou d'abri, ou encore avoir été exposé à plusieurs événements traumatisants sont des facteurs associés au développement de symptômes de stress post traumatique chez les personnes réfugiées d'origine somalienne.

Dans leur étude sur les violences basées sur le genre et la santé mentale des femmes réfugiées et demandeurs d'asile à Kampala en Ouganda, Diane F. Morof et al. [52] ne retrouvent pas d'association significative entre les symptômes de stress post traumatique et le statut de réfugié, l'âge, le statut marital ou le fait d'avoir eu un partenaire. Par contre, nous observons une corrélation significative entre le SSPT et le nombre de femmes vivant dans le foyer et l'expérience de violences (physiques ou sexuelles). Encore une fois, les auteurs insistent sur le haut niveau de violences physiques et sexuelles (77.5% des femmes interrogées ont fait l'expérience au moins une fois dans leur vie de violences physiques et/ou sexuelles) ainsi que sur la prévalence élevée de symptômes de stress post traumatique et de dépression chez les femmes réfugiées et les demandeurs d'asile (92% des femmes interrogées présentaient des symptômes de dépression et 71.1% pour les symptômes de stress post traumatique).

⁵ Coping (en psychologie) : stratégie d'adaptation développée par un individu pour faire face à un stress

Bayard Roberts et al [53] font apparaître la notion de genre dans leur étude sur les besoins en santé mentale suite à l'expérience d'un conflit. Pour la population étudiée, le taux d'exposition aux événements traumatiques est plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Pourtant, la proportion de symptômes de stress post traumatique et de dépression est plus importante chez les femmes. Le genre serait alors un facteur de mauvaise santé mentale. Les auteurs identifient bien cette incohérence de résultats entre l'incidence des violences chez les hommes et celle des dépressions ou syndrome de stress post traumatique chez les femmes : les femmes seraient moins victimes de traumatismes mais plus à risque de développer une pathologie mentale. Des questions émergent donc autour des facteurs pouvant expliquer ce taux de dépression chez les femmes. Les violences basées sur le genre restent un sujet tabou et stigmatisant. Elles sont sous dépistées par les services compétents et sous rapportées par les survivantes. L'incidence des violences alors estimée dans les études rencontrées est biaisée. Ensuite, les traumatismes vécus par les hommes et les femmes peuvent être de nature différente selon les rôles prédéfinis dans certaines communautés. Les femmes vont, par exemple, soutenir leur famille, prendre en charge les personnes « fragiles » de leur entourage (enfants, personnes souffrantes, personnes âgées, etc) alors que les hommes sont plus confrontés aux violences du combat, aux blessures physiques, etc.

Ces différents articles montrent un manque de connaissances sur la santé mentale des populations victimes de violences. Les études rencontrées n'identifient pas de facteurs de risque spécifiques pour la dépression et le SSPT. Il est donc nécessaire d'approfondir les recherches sur les conséquences d'un conflit et des violences sur l'état en santé mentale d'une population touchée par une crise humanitaire. Il ne s'agit pas seulement de connaître les facteurs de risques (même si c'est essentiel pour le dépistage des personnes « vulnérables », à risques de développer des pathologies mentales ou des conduites à risque) mais aussi de mieux connaître les différences sexospécifiques en santé mentale et de bien prendre en compte tous les types de violences basées sur le genre pour ne pas sous estimer l'incidence de cette problématique. Encore une fois mettre en place un outil de dépistage adapté est essentiel et il est nécessaire d'implanter des programmes de prévention et de prise en charge de violences basées sur le genre et de leurs conséquences en termes de santé mentale.

d- Analyse des comportements sexuels à risque

Lors d'une situation de crise humanitaire, la vulnérabilité de la population et le risque de contracter le VIH augmentent. Les études recueillies sur le thème du VIH recensent majoritairement des données sociodémographiques sur l'infection chez les populations réfugiées et tentent d'identifier les comportements sexuels à risque dans un contexte d'urgence humanitaire.

Dans son étude, Elizabeth A. Rowley et al. [46] met en évidence que les populations réfugiées ont en moyenne des rapports sexuels plus précoces que la population hôte. Joseph Rujumba et al. [47] montre également que les comportements sexuels à risque sont exacerbés dans les situations de crise humanitaire. Les conflits, le déplacement, les contextes de crise augmentent les vulnérabilités dans tous les domaines, bouleversent les normes socioculturelles et modifient le comportement des populations touchées. Ces changements vont également affecter les comportements en matière de sexualité. Par exemple, l'absence de revenu chez les populations déplacées ou réfugiées entraînent une augmentation des relations sexuelles de nature transactionnelles. L'absence de structures de soins et de ressources financières ne permet pas l'accès aux moyens de protections contre les IST et entraînent un retard à la prise en charge et au dépistage en cas de comportements à risque.

De plus, dans ce type de contexte, l'infection par le VIH est certes vécue comme un problème de santé communautaire par les populations mais non prioritaire au vu des autres problématiques urgentes auxquelles doivent faire face les populations.

« Yes we know AIDS exists, but we are much more worried about the conditions of our daily lives than HIV. We do not even find enough food to satisfy our stomachs, and what we worry about is what we will eat today. »

FGD young women Koyo, Pajule sub-county, Northern Uganda

(« Oui nous savons que la SIDA existe mais on se préoccupe plus de nos conditions de vie que du VIH. Nous n'avons pas assez de nourriture pour satisfaire nos estomacs, et on se soucie en priorité de ce qu'on va manger demain. »

Jeune femme Koyo, groupe de discussion, comté de Pajule, Nord de l'Ouganda)

Encore une fois, l'insatisfaction des besoins primaires entraînent l'augmentation des comportements sexuels à risque. L'effondrement des structures sociales, la perte des repères

familiaux causés entre autres par l'insécurité, la violence et l'insatisfaction constante des besoins primaires sont en lien direct avec l'adoption de comportements (« *risky coping strategy* ») dits à risque pour subvenir à ces besoins fondamentaux : commerce du sexe, mariage précoce, rupture conjugale, etc. Certaines pratiques (la polygamie, l'héritage des veuves, les mutilations sexuelles féminines, le mariage précoce, le refus d'utiliser le préservatif, etc) émanant du contexte socioculturel sont également vectrices du VIH. En outre, la culture du silence de certaines communautés autour de la sexualité, la stigmatisation des personnes séropositives, les rôles sexospécifiques prédéfinis et l'aggravation des violences sexuelles augmentent la transmission du VIH lors de crise humanitaire.

Ces différents articles mettent bien en avant l'importance de développer une approche communautaire pour gérer la question du VIH et de violences basées sur le genre dans les situations de crise humanitaire. Il existe une dimension sexospécifique dans la transmission du VIH. Les femmes, dont la vulnérabilité est augmentée dans ce contexte, deviennent également plus vulnérables face à l'infection du VIH. Le besoin de données qualitatives et quantitatives est criant dans ces situations. Connaître les facteurs de risques, les comportements sexuels à risque, et les modifications comportementales des personnes vivant dans ce type de contexte sont essentiels pour comprendre les déterminants socioculturels autour du VIH et son association aux violences basées sur le genre. Une analyse de ces dynamiques avec les différentes communautés rencontrées doit permettre d'adapter la prise en charge des populations et de développer des programmes de prévention basés directement sur les besoins.

e- Utilisation des services de santé reproductive par les victimes de violences

L'UNHCR donne des directives pour recenser, dépister et prendre en charge les violences basées sur le genre en situations de crise humanitaire. Le dispositif minimum d'urgence (DMU) se présente comme la réponse officielle, avec la police locale, pour prendre en charge les besoins en santé reproductive dès le début de l'urgence et permettre de prévenir la morbidité et la mortalité [5]. Ces principes de bases sont la sécurité, la confidentialité, le respect et la non-discrimination. Ce dispositif a pour objectif de prévenir les conséquences des violences basées sur le genre en assurant l'accès aux soins cliniques, au soutien psychosocial, à la protection et à l'appui juridique. Il doit également permettre d'informer la communauté sur les services disponibles et accessibles. Il existe également une réponse communautaire à ces violences qui va être adoptée selon la sévérité des actes commis.

La réponse de l'UNHCR pour les survivantes de violences basées sur le genre doit être basée sur la réponse communautaire et sur l'empowerment dans un cadre participatif fondé sur les droits. La participation des femmes dans les programmes de prévention est essentielle dans le but d'établir une réponse intégrative, multisectorielle qui implique les acteurs de la communauté, l'aide humanitaire non gouvernementale et les structures gouvernementales [34]. Mais il existe une différence considérable entre les directives internationales et les réalités de terrain : l'approche participative de l'UNHCR reste superficielle et les interactions entre les régulateurs, le personnel de terrain et les réfugiés semblent inexistantes.

Ces structures et systèmes de réponse, communautaires et officiels, tentent de travailler ensemble autour des violences.

Mais les structures de l'UNHCR sont souvent sous utilisées par les victimes. Au niveau communautaire, la prise en charge des violences est souvent hiérarchisée et la réponse des agences peut entraver la réponse communautaire. Au niveau des agences de l'UNHCR, la réponse communautaire est parfois vue comme stigmatisante pour les victimes et même en désaccord avec les normes internationales relatives aux droits de l'Homme. Ces différences de points de vue provoquent des incompréhensions du côté communautaire et institutionnel et déstabilise la réponse globale.

« Some bad women they go to the police and tell them they were assaulted by their husbands and they will be arrested. That is not a good way, the good way is just to keep quiet and respect the love you have to your husband »

(SOM_F4 : 75) [34]

(« Des femmes de mauvaise vie vont à la police et disent qu'elles ont été attaquées par leurs maris et ceux-ci finissent en prison. Ce n'est pas la bonne manière de faire, la bonne manière est de garder le silence et de respecter l'amour envers son mari. »

SOM_F4 : 75)

C'est pourquoi, il est indispensable de dialoguer ensemble autour des normes socioculturelles qui régissent la prise en charge communautaire des violences basées sur le genre afin de mieux appréhender les attentes de chacun et de travailler sur ces représentations pour une meilleure prise en charge des victimes.

Whitmill J et al. [40] évaluent le système d'information sanitaire mis en place entre 2007 et 2013 par l'UNHCR dans différentes installations de réfugiés post-urgence. Aucune stratégie de collecte d'informations sanitaires n'était disponible auparavant et les données recueillies étaient souvent incomplètes rendant impossible l'analyse de l'efficacité d'un programme. Dans l'article 40, le système de recueil de données sanitaires semble pertinent pour évaluer les indicateurs de santé sur une période donnée. Par exemple, la proportion de survivantes au viol ayant reçu une chimioprophylaxie anti-VIH augmente significativement après la mise en place du programme même si le nombre de cas de viol reste sous rapporté. Dans cette étude, les indicateurs de santé sélectionnés se sont améliorés avec le temps mais ceux-ci restent largement inférieurs aux standards souhaités. Casey S E et al. [41] mettent également en perspective les différences entre les lignes directrices internationales et les programmes de santé reproductive réellement mis en place.

En ce qui concerne le recensement, l'étude de Masterson A R et al. [39] montre que 30,8% des femmes rapportent avoir été victime de violence pendant le conflit. Le recours aux services de santé reproductive par les victimes est très variable. Les barrières évoquées sont le manque de connaissance des services disponibles, le manque de moyen financier, l'indisponibilité des services et la honte ou la peur d'être jugé.

« Believe me, the [rape] numbers that [are know by] UNHCR, other organizations, and other refugee committees are small. It [the rape numbers] will be triple or even sometimes maybe double. There are people who are hiding it and not telling anybody. »

Somali GBV survivor, Addis Ababa [60]

(« Croyez-moi, le nombre de viols connu par l'UNHCR, par les organisations et les comités de réfugiés est faible. Ce nombre serait triplé ou doublé. Il y a des personnes qui le cache et qui ne le disent à personne. »

Survivante somalienne de violences basées sur le genre, Addis Abeba)

« ... [I think] am I the only woman, only girl who was raped and was pregnant and underage ? And for me it was a shame. I couldn't tell anybody this. That's why I keep it as a secret myself. »

Congolese GBV survivor, Addis Ababa [60]

(« ... [Je pense] suis-je la seule femme, la seule fille à avoir été violée et qui est tombée enceinte et qui était mineure ? Pour moi, c'était une honte. Je ne pouvais en parler à personne. C'est pourquoi j'ai gardé ce secret pour moi. »

Survivante congolaise de violences basées sur le genre, Addis Ababa)

En plus de leur culpabilité individuelle, les victimes de violences basées sur le genre subissent une stigmatisation sociale importante. Le respect de la confidentialité des soins et le travail sur les représentations sociales des victimes de violence pour limiter les réactions communautaires négatives (blâme, persécutions, isolation des victimes, accusation, etc) sont nécessaires pour limiter les conséquences de ces violences.

3) Moyens de prévention contre les violences basées sur le genre : analyse des programmes sélectionnés

Types de programmes	Article	Indicateurs de santé reproductive	Résultats ⁶	Engagement communautaire
Empowerment + Groupe de discussion	[30]	- incidence IPV - acceptabilité IPV - confiance en soi - bien-être économique - communication entre partenaires	↘ ↘ ↗ ↗ ↗	OUI
	[31]	- incidence IPV - maltraitance économique - acceptabilité IPV	↘ ↘ ↘	OUI
Alphabétisation	[27]	- utilisation contraceptif - utilisation préservatif - communication entre partenaires - confiance en soi	↗ ↗ ↗ ↗	OUI
Implication des hommes (GD)	[26]	- intention d'IPV - incidence IPV - connaissances droits des femmes - implication dans les tâches domestiques	↘ ↘ ↗ ↗	OUI
Programme d'éducation et implication des hommes	[25] (41)	- volonté de poursuivre la pratique des MGF	↘	Non renseigné
	[25] (23)	- volonté de poursuivre les MGF sur leur fille - soutien des femmes dans l'abandon des MGF - volonté de diffuser l'information sur l'abandon des MGF à la communauté	↘ ↗ ↗	OUI

⁶ ↗ : amélioration de l'indicateur, ↘ : diminution, → : indicateur stable

Outil de formation sur VBG	[24]	- respect droits du patient (non discrimination, auto-détermination, ...) - attitudes négatives (accusation, ne pas croire la victime, ...) - connaissances sur les soins et traitements des victimes - compétence en écoute active - respect du patient lors de l'examen clinique (redonner le contrôle au patient)	↗ → ↗ ↗ ↗	NON
Education par les pairs	[23]	- connaissances sur le VIH - attitudes à risque	↗ ↘	OUI
	[22]	- connaissances sur les symptômes d'IST - connaissances des moyens de prévention IST - croyances inappropriées sur les IST	↗ ↗ ↘	OUI
Soutien psychosocial⁷	[20] / [28]	- dépression - anxiété - syndrome de stress post-traumatique	↘ ↘ ↘	Non renseigné
Formation des pacificateurs	[17] (63)	- risque de VBG - incidence des VBG	↘ ↘	Non renseigné
Distribution de bois de chauffage	[17] (66, 67, 68)	- risque de VBG opportunes - incidence des VBG opportunes	↘ ↘	Non renseigné
Intervention communautaire	[32]	- acceptation sociale des violences - réponse communautaire appropriée face aux VBG - taux d'expérience d'IPV dans l'année - relations extra conjugales chez les hommes - acceptation du refus de rapports sexuels	↘ ↗ ↘ ↘ ↗	OUI

Tableau 2 : Efficacité des programmes de lutte contre les violences basées sur le genre

⁷ Le soutien psychosocial se traduit par différentes actions : thérapie individuelle et de groupe, environnement sécurisant, programme de réintégration, thérapie comportementale.

En 2005, le Comité permanent interorganisations sur la sexospécificité et l'assistance humanitaire énonce que le problème des violences basées sur le genre est un sujet vaste de santé publique et la prévention de ces violences sont inadaptées dans la plupart des pays [10]. Notre recherche met également en évidence le manque constant d'évaluation des programmes de prévention et de prise en charge des violences basées sur le genre. Cependant, plusieurs interventions recensées méritent d'être analysées au vu de leur résultat et de leur créativité. Chacune de ces actions intervient sur différents déterminants socioculturels de la violence mais présentent un objectif commun : celui de travailler pour la diminution des violences physiques et sexuelles.

Pour prévenir les violences, les actions doivent être focalisées sur :

- La transformation des normes socioculturelles
- L'émancipation des femmes et des jeunes filles
- La reconstruction des systèmes et structures d'appui de la famille et de la communauté
- Le travail avec le système judiciaire formel et traditionnel
- Le suivi et la documentation des incidents de violences sexuelles et sexistes

Les actions multidisciplinaires et multisectorielles basées sur l'engagement communautaire et travaillant sur la coordination de leurs interventions sont considérées comme étant les plus efficaces pour la prévention des violences basées sur le genre en situation de crise humanitaire. Elles réduisent l'incidence de ces violences et améliorent l'utilisation des services de soins par les victimes [18].

a- De l'empowerment économique à l'empowerment social

L'empowerment est un processus augmentant la capacité d'un individu ou d'un groupe à faire ses propres choix et à les transformer en actions concrètes, désirées et choisies. Dans le champ de la santé, l'empowerment signifie redonner une place au patient en tant qu'être humain pourvu de droits afin qu'il en reprenne possession et qu'il redevienne acteur de sa propre santé dans le processus de soin. Dans toutes les étapes de la vie d'une femme, dans tous les niveaux régissant une société (individuel, communautaire, gouvernemental), l'autonomisation des femmes est possible et a pour objectif la modification des normes socioculturelles

sexospécifiques qui contraignent les femmes et les jeunes filles à un rôle prédéfini et qui entretiennent les inégalités de genre.

Cette dynamique est applicable pour combattre les violences basées sur le genre. Les études de Julia C. et al [30] et de Jhumka Gupta et al. [31] montrent que l'empowerment économique des femmes vivant en zone rurale de Côte d'Ivoire associé à la participation à un groupe de discussion sur les violences domestiques et les inégalités de genre permet de diminuer la maltraitance économique et l'acceptabilité sociale des violences chez ces femmes. Dans ce programme l'empowerment économique se met en place sous la forme d'un lieu sûr et accessible aux femmes pour pouvoir épargner librement. L'intervention a aussi une influence positive sur la confiance en soi, le bien-être économique et la communication entre partenaires. L'empowerment économique joue alors sur l'empowerment social des femmes. L'empowerment économique ne donne pas qu'un pouvoir financier aux femmes mais interagit avec tous les aspects de la vie d'une femme. Les femmes participant au programme ont plus de pouvoir économique au sein de leur foyer et se considèrent et sont considérées par leur partenaire et les membres de leur famille en tant qu'actif et peuvent alors accéder aux prises de décisions dans le foyer (notamment sur la prise en charge de la santé des enfants). Il s'agit d'une évolution indéniable du statut de la femme qui acquiert alors une certaine indépendance financière. Ce changement de statut joue sur la confiance en soi des femmes et leur reconnaissance au sein de leur communauté. Elles se sentent alors plus légitimes dans la prise de parole au sein de leur communauté pour faire notamment valoir leurs droits et sont alors plus entendues. Dans cette dynamique d'engagement communautaire, les femmes vont mettre en place plus de projets, vont s'investir davantage dans leur communauté et leurs compétences sont valorisées. On assiste alors à une certaine relance de l'économie locale grâce à l'émergence de projets par et pour les femmes.

Les femmes et jeunes filles vivant dans des situations de crises humanitaires sont plus vulnérables, l'empowerment économique et social semble être une façon adaptée à la prévention des violences basées sur le genre. Pourtant, il faut noter que dans les deux études choisies l'empowerment était associée à des groupes de discussion mixtes sur les inégalités de genre, les représentations sociales de la violence et les comportements sexuels à risque. Plusieurs auteurs dont Schuler SR et al. dans son étude « *Men's violence against women in rural bangladesh : undermined or exacerbated by microcredit programmes* » ont montré que les programmes d'empowerment économique pouvaient exacerber le risque de violence domestique en modifiant les normes sexospécifiques et en provoquant des conflits au sein du foyer. Encore une fois il paraît primordial de travailler sur les normes socioculturelles d'une communauté pour ne pas accentuer les mécanismes de violence et ne pas heurter les valeurs des populations.

b- Interventions sur les représentations socioculturelles de la violence

Plusieurs programmes travaillent sur les représentations sociales et culturelles de la violence et réfléchissent avec la population sur les comportements socio culturels autour de la violence. L'objectif n'étant pas de se substituer aux structures locales mais de travailler ensemble sur les représentations, de ne pas annihiler la culture, mais d'apporter une vision, plus critique, faire connaître les droits, promouvoir l'autonomie, travailler avec et pour.

Les violences basées sur le genre existent à tous les niveaux. Heise [75] développe un modèle écologique de la violence. Ce modèle permet d'analyser l'influence d'un environnement sur le développement et le comportement d'un individu dans lequel quatre niveaux interagissent : individuel, relationnel, communautaire et socioculturel. Il paraît donc essentiel que les programmes de prévention et de prise en charge des violences soient élaborés à tous les niveaux, qu'ils travaillent avec tous les acteurs interférant autour de la violence.

La mise en place d'un diagnostic socioculturel avant toute mise en place de programme d'action ou de prévention permet de prendre connaissance et conscience des déterminants socioculturels, des représentations, des systèmes de valeurs et des niveaux qui gravitent autour des violences basées sur le genre et de la violence en général. Cette préparation est d'autant plus importante que les situations de crise humanitaire modifient considérablement les normes socioculturelles, la cellule familiale, les structures institutionnelles, etc.

Les conflits et le déplacement anéantissent la paix et la confiance d'une population envers sa société, en créant des divisions au sein des membres de cette communauté et en établissant la violence comme norme sociale. Un travail est à réaliser sur les représentations de la violence au niveau communautaire et individuel mais aussi sur le vécu des violences par les communautés afin de développer leur résilience. Dans cette optique, le soutien social tient une place prépondérante tant au niveau des groupes de soutien individuel qu'au niveau d'une prise en charge communautaire. Selon les populations rencontrées la vision du soin peut être très différente : vision individuelle, communautaire, familiale, etc.

La perception des violences va avoir aussi un impact sur leur prise en charge en termes de santé ou de justice, certaines violences considérées comme « normales » ne vont pas être reportées aux autorités compétentes ou vont être plus ou moins réglées entre les membres de la communauté. Il faut donc connaître leurs normes socioculturelles pour ne pas interférer avec les systèmes locaux de protection et pour collaborer avec eux sur les meilleures prises en charge à adopter. Il faut travailler en amont sur la vision des violences, sur ce qui est considéré comme normal, sur les conséquences de chaque type de violence, que la violence n'est pas anodine,

qu'elle apparaît à plusieurs niveaux et qu'il ne faut pas la mettre de côté. Il est aussi nécessaire d'insister sur la non stigmatisation des victimes par les membres de la famille, des communautés en général, des professionnels de santé, des représentants de la loi, etc. Il y a donc tout un dispositif à mettre en place autour des représentations et des déterminants socioculturels des violences basées sur le genre pour pouvoir développer un programme de prévention adapté au contexte et aux besoins.

L'étude de McGinn T et Allen K [27] montre que le programme d'alphabétisation (Reproductive Health Literacy) améliore plusieurs comportements en santé. Les connaissances sur la santé sexuelle et reproductive ainsi que les compétences en littérature sont accrues et, élément primordial, les femmes reprennent confiance en leurs capacités, en leur pouvoir de décision. L'intervention sur les normes socioculturelles peut donc jouer sur l'empowerment des femmes.

« I have learned a lot of things and now I am a changed woman. I have learnt how to be a bold woman. » [27]

(« J'ai appris beaucoup de choses et maintenant je suis une nouvelle femme. J'ai appris à être une femme fière. »)

L'évaluation des normes socioculturelles et des violences basées le genre est une notion clé. Il est important de connaître une population, d'en évaluer les besoins, les croyances avant la mise en place d'intervention de prévention : il s'agit du diagnostic socioculturel.

Il est souvent retrouvé que l'appartenance à un groupe ethnique n'est pas un facteur de risque de violence, il n'y a aucune communauté où la violence serait plus élevée. Elle est présente partout, dans tous les contextes, tous les lieux, tous les terrains en situations de crise humanitaire. Cela ne veut pas dire qu'il faut généraliser. Au contraire, chaque groupe est différent et a des représentations spécifiques sur la place des femmes dans la famille, dans la société et chaque groupe à ses propres normes socioculturelles lorsqu'il s'agit du genre et des violences. C'est pourquoi il faut connaître ces normes, ces représentations avant toute mise en place de programme de prévention pour ne pas véhiculer des normes trop différentes et qui pourraient être délétères pour la population. Les changements de visions sur la place de la femme doivent se faire à tous les niveaux : individuel, communautaire et institutionnel.

c- *L'approche communautaire*

La majorité des programmes de prévention efficaces adopte une vision communautaire pour mettre en place leur action.

L'UNHCR a la volonté d'intégrer la question du genre dans ces actions et de cibler ses interventions sur l'autonomisation des femmes en engageant pleinement les communautés dans toutes les étapes de mise en place du programme : conception, exécution, suivi et évaluation. Le programme "SASA! Activist kit for preventing violence against women and HIV" [32] est un bon exemple d'intervention communautaire efficace. Le travail sur les représentations socioculturelles des violences basées sur le genre se fait grâce à une communauté engagée et active dans l'exécution et le suivi de l'intervention.

L'approche communautaire permet de redonner le pouvoir de décision aux communautés et leur droit à l'autodétermination. En se différenciant de l'approche paternaliste autrefois adoptée par les instances humanitaires, la mobilisation communautaire permet aux populations de faire valoir leurs droits, leurs besoins et d'être actrices de leur propre santé. L'objectif final de l'engagement communautaire est la pérennisation de l'action afin que l'aide gouvernementale ou non gouvernementale ne se substitue pas indéfiniment aux structures institutionnelles préexistantes à la situation de crise humanitaire (« désengagement ») [74]. Il s'agit alors de rendre aux populations leurs rôles au sein de leur société.

Il existe des obstacles à la mise en place de programmes basés sur l'approche communautaire : pénuries de travailleurs de la santé, couverture géographique limitée par les services de santé, qualité de service inadéquate, système de recensement peu développé, etc. Mais des pratiques prometteuses sont mises en place pour palier ces différentes problématiques :

- Impliquer les hommes dans des stratégies d'éducation ciblée [25, 26]
- L'éducation par les pairs [22]
- La formation d'agent de santé communautaire permettant de faire le lien entre la population et les professionnels de santé pour faciliter la communication
- Le travail en collaboration avec des « mères tutrices » : mères vivant avec le VIH formées et employées au sein d'une équipe médicale pour soutenir, éduquer et responsabiliser les femmes enceintes (projet : « *mothers to mothers* ») [71]
- La mise en place de groupe de discussion communautaire entre les différents acteurs de la communauté (leader communautaire, professionnels de santé, agents de santé communautaire, habitants de la communauté, représentant des ONG, etc.) autour de la

question des violences basées sur le genre, sur les besoins des populations en termes de santé sexuelle et reproductive, etc [71]

- La formation de bénévoles communautaires pour mettre en place des groupes de soutien, des groupes de parole pour les victimes de violences, groupe de patrouille pour améliorer le système de sécurité
- Etc

CONCLUSION

La problématique des violences basées sur le genre en situation de crise humanitaire est bien identifiée par les différentes instances gouvernementales et internationales. Les lignes directives et les outils pour la prise en charge et la prévention des violences sont connues, disponibles et utilisées par les organismes de terrain. Malgré le manque criant d'analyses objectives sur l'efficacité de ces programmes de prévention, quelques interventions sont novatrices et porteuses d'espoir. Des actions incluant les notions d'empowerment, d'engagement communautaire ou encore l'approche fondée sur les droits et travaillant sur les représentations socioculturelles de la violence se révèlent efficace sur la diminution de l'incidence des violences basées sur le genre et sur le changement de comportement en matière de violence. Ces programmes sont structurés et adoptent une approche communautaire à toutes les étapes de la planification du projet de santé (diagnostic, programmation, mise en œuvre/suivi et évaluation). La sage-femme a sa place dans la mise en place d'interventions de santé sexuelle et reproductive ciblées sur les violences. En tant qu'acteur de santé publique et spécialiste intime de l'ensemble des étapes de la vie sexuelle et génitale de la femme, elle joue un rôle fondamental sur la prévention, le dépistage et la prise en charge clinique des violences. Les violences et leurs conséquences sont omniprésentes dans la vie d'une femme, elles touchent son corps, son âme, son foyer, la contraignent dans un rôle prédéterminé et enfermement, la prive de liberté, l'isole, la stigmatise, l'affaiblit, la rend victime de, la rend survivante de. La prise en charge de ces violences doit se faire de manière coordonnée à tous les niveaux : individuel, relationnel, communautaire, socioculturel et doit intégrer tous les acteurs potentiellement en contact avec ces violences : cadres de santé, accoucheuses traditionnelles, professionnels de santé, leader communautaire, membres des ONG et associations, pacificateurs, etc. La voix des victimes de violences doit se faire entendre à un niveau autre que communautaire. Les femmes réfugiées, déplacées, exilées doivent faire valoir leur place dans la société au niveau institutionnel, gouvernemental et international en intégrant par exemple les comités de gestion et de direction des zones d'installation et camps en milieu urbain ou rural. Le travail sur les représentations socioculturelles est long et difficile mais nécessaire. Il doit s'accompagner d'un travail sur la représentation de l'accès au droit des femmes, des enfants et des hommes en situations de crise humanitaire au niveau international. La question des violences basées sur le genre n'est pas qu'une préoccupation féminine ou qu'une conséquence des normes socioculturelles. La problématique est bien plus complexe et dépasse souvent les populations et les acteurs de l'aide humanitaire. Il s'agit aussi des conséquences d'un conflit, de sa chronicisation, et de la déshumanisation des populations provoquée, entre autres, par la vision constante de violences. A l'orée du conflit, les enjeux économiques et géopolitiques entraînent la destruction de pays, de sociétés, de communautés, de familles, de vies. Le Dr Mukwege ou « *l'homme qui répare les femmes* » gynécologue congolais se révolte face aux atrocités inutiles commises lors de situation de crise humanitaire :

« Mais comment me taire quand pendant plus de 15 ans nous voyons ce que même un œil de chirurgien ne peut pas s'habituer de voir. Comment me taire quand nous savons que ces crimes contre l'humanité sont planifiés avec un mobile basement économique ? Comment me taire quand ses mêmes raisons économiques ont conduit à l'usage du viol comme une stratégie de guerre ? Chaque femme violée je l'identifie à ma femme, chaque mère violée je l'identifie à ma mère et chaque enfant violé je l'identifie à mes enfants. Comment pouvons-nous nous taire ? Quel est cet être humain doué de conscience qui se tairait quand on lui amène un bébé de six mois dont le vagin a été détruit soit par la pénétration brutale d'un adulte soit par des objets contendants soit par des produits chimiques ? Déjà un seul cas de viol est grave et nécessite une action de nous tous. Dans mon pays, il y a des centaines de milliers de femmes violées et d'autres milliers d'enfants nés issu du viol en plus des millions d'êtres humains morts suite au conflit. Dans le reste du monde chacun se soulèverait d'indignation mais dans la société congolaise en perte de repères, les atrocités de masse passent dans l'actualité comme des simples faits divers signe désolant d'une société traumatisée par trop de violence, société où il y a une absence de responsabilité politique et d'une négation tout simplement de notre humanité commune. »⁸

Ces peuples victimes et instrumentalisés savent pourtant renaître et retrouver un certain apaisement en vivant avec les souvenirs des événements et traumatismes du passé. Le travail sur la résilience communautaire est alors essentiel pour réintégrer les victimes et les acteurs de violences dans de nouvelles perspectives en situation post-conflit [70].

⁸ Discours du Docteur Denis Mukwege pour le prix Sakharov, le 26 Novembre 2014 à Strasbourg, Parlement européen : voir en Annexe 2 pour la citation complète du discours

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. UNHCR. Réfugiés – Tendances mondiales en 2005. 2005
2. UNHCR. Global trends : forced displacement in 2015. 2015
3. UNHCR. Convention et protocole relatifs au statut de réfugiés. 2007
4. UNHCR. Tendances mondiales en 2008 : réfugiés, demandeurs d’asile, rapatriés, personnes déplacées à l’intérieur de leur pays et apatrides. 2008
5. Groupe de travail interorganisations (IAWG) sur la santé reproductive en situation de crise. Manuel de terrain interorganisations sur La santé reproductive en situation de crise humanitaire.2010
6. Nations Unies. Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement. 1994
7. UNHCR. La violence sexuelle et sexiste contre les réfugiés, les rapatriés et les personnes déplacées : principes directeurs pour la prévention et l’intervention. 2003
8. UNHCR. La santé reproductive en situations de réfugiés : Manuel de terrain interorganisations. 1999
9. United Nations Development Fund for Women. Women, War and peace : The Independent Experts’ Assessment on the Impact of Armed Conflict on Women and Women’s Role in Peace-building. 2002
10. IASC. Directives en vue d’interventions contre la violence basée sur le sexe dans les situations de crise humanitaire : centrage sur la prévention et la réponse à la violence sexuelle dans les situations d’urgence. 2005
11. UNHCR. Manuel du HCR pour la protection des Femmes et des Filles. 2008
12. RHRC. Violences sexo-spécifiques : Manuel d’outils pour l’évaluation préliminaire, la conception, le suivi et l’évaluation des programmes en situations de conflit(s). 2004

13. IASC. Femmes, Filles, Garçons et Hommes : des besoins différents, des chances égales. 2008
14. UNHCR. Rapport annuel 2015 : cas des incidents de SGBV en 2015 parmi les réfugiés au TCHAD. 2015
15. Von Roenne A, Von Roenne F, Kollie S, Swaray Y, Sondorp E, Borchert M : Reproductive Health Services for Refugees by Refugees : An exemple from Guinea. *Disaster* in press
16. Marie-Laure Le Coconnier, Bruno Pommier. *L'action humanitaire*, Paris, PUF, « Que sais-je ? », 2009
17. Spangaro J, Adogu C, Ranmuthgala G et al. What evidence exists for initiatives to reduce risk and incidence of sexual violence in armed conflict and other humanitarian crisis? A systematic review. *Plos one*, Volume 8, Issue 5
18. Spangaro J, Adogu C, Zwi A B et al. (2015) Mechanisms underpinning interventions to reduce sexual violence in armed conflict : a realist-informed systematic review. *Conflict and health*, Volume 9, Issue 19
19. Tappis H, Freeman J, Glass N et al. (2016) Effectiveness of interventions, programs and strategies for gender-based violence prevention in refugee populations : an integrative review. *Plos currents disasters*, Edition 1
20. Casey S E (2015) Evaluations of reproductive health programs in humanitarian settings : a systematic review. *Conflict and health*, Volume 9, Supplément 1
21. Warren E, Post N, Hossain M et al. (2015) Systematic review of the evidence on the effectiveness of sexual and reproductive health interventions in humanitarian crises. *BMJ Open*, Volume 5
22. I Chen M, Von Roenne A, Souare Y et al. (2008) Reproductive health for refugees by refugees in Guinea II : sexually transmitted infections. *Conflict and health*, Volume 2, Issue 14

23. Woodward A, Howard N, Souare Y et al. (2011) Reproductive health refugees by refugees in Guinea IV : peer education and HIV knowledge, attitudes, and reported practices. *Conflict and health*, Volume 5, Issue 10
24. Smith J R, Ho L S, Langston A et al. (2013) Clinical care for sexual assault survivors multimedia training : a mixed-methods study of effect on healthcare providers' attitudes, knowledge, confidence, and practice in humanitarian settings. *Conflict and health*, Volume 7, Issue 14
25. Varol N, Turkmani S, Black K et al. (2015) The role of men in abandonment of female genital mutilation : a systematic review. *BMC Public health*, Volume 15, Issue 1034
26. Hossain M, Zimmerman C, Kiss L et al. (2014) Working with men to prevent intimate partner violence in conflict-affected settings : a pilot cluster randomized controlled trial in rural Côte d'Ivoire. *BMC Public health*, Volume 14, Issue 339
27. McGinn T et Allen K (2006) Improving refugees' reproductive health through literacy in Guinea. *Global public health*, Volume 1, Issue 3, 229-248
28. Tol W A, Stavrou V, Greene M C et al. (2013) Sexual and gender-based violence in areas of armed conflict : a systematic review of mental health and psychosocial support interventions. *Conflict and health*, Volume 7, Issue 16
29. Falb K L, Tanner S, Ward L et al. (2016) Creating opportunities through mentorship parental involvement, and safe spaces (COMPASS) program : a multi-country study protocol to protect girls from violence in humanitarian settings. *BMC Public health*, Volume 16, Issue 231
30. Kim J C, Watts C H, Hargreaves J R et al. (2007) Understanding the impact of a microfinance-based intervention on women's empowerment and the reduction of intimate partner violence in South Africa. *American Journal of Public Health*, Volume 97, Numéro 10
31. Gupta J, Falb K L, Lehmann H et al. (2013) Gender norms and economic empowerment intervention to reduce intimate partner violence against women in rural Côte d'Ivoire : a randomized controlled pilot study. *BMC International health and human rights*, Volume 13, Issue 46

32. Abramsky T, Devries K, Kiss L et al. (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 Medecine*, Volume 12, Issue 122
33. Vu A, Wirtz A, Pham K et al. (2016) Psychometric properties and reliability of the Assessment screen to identify survivors toolkit for gender based violence (ASIST-GBV) : results from humanitarian settings in Ethiopia and Colombia. *Conflict and health*, Volume 10, Issue 1
34. Horn R (2010) Responses to intimate partner violence in Kakuma refugee camp : refugee interactions with agency systems. *Social Science and Medecine*, Volume 70, Issue 1, 160-168
35. Tanabe M, Robinson K, Lee C I et al. (2013) Piloting community-based medical care for survivors of sexual assault in conflict-affected Karen State of eastern Burma. *Conflict and health*, Volume 7, Issue 12
36. Krause S, Williams H, Onyango M A et al. (2015) Reproductive health services for Syrian refugees in Zaatri Camp and Irbid city, Hashemite Kingdom of Jordan : an evaluation of the Minimum initial services package. *Conflict and health*, Volume 9, Supplément 1
37. Asgary R, Emery E et Wong M (2013) Systematic review of prevention and management strategies for the consequences of gender-based violence in refugee settings. *The royal society of tropical medecine and hygiene*, Volume 5, 85-91
38. Chi P C, Bulage P, Urdal H et al. (2015) Perceptions of the effects of armed conflict on maternal and reproductive health services and outcomes in Burundi and Northern Uganda : a qualitative study. *BMC International health and human rights*, Volume 15, Issue 7
39. Masterson A R, Usta J, Gupt J et al. (2014) Assessment of reproductive health and violence against women among displaced Syrians in Lebanon. *BMC Women's health*, Volume 14, Issue 25

40. Whitmill J, Blanton C, Doraiswam S et al. (2016) Retrospective analysis of reproductive health indicators in the United Nations High Commissioner for Refugees post-emergency camps 2007-2013. *Conflict and health*, Volume 10, Issue 3
41. Casey S E, Chynoweth S K, Cornier N et al. (2015) Progress and gaps in reproductive health services in three humanitarian settings : mixed-methods case studies. *Conflict and health*, Volume 9, Supplément 1
42. Tunçalp Ö, Fall I S, Phillips S J et al. (2015) Conflict, displacement and sexual and reproductive health services in Mali : analysis of 2013 health resources availability mapping system (HeRAMS) survey. *Conflict and health*, Volume 9, Issue 28
43. Percival V, Richards E, MacLean T et al. (2014) Health systems and gender in post-conflict contexts : building back better? *Conflict and health*, Volume 8, Issue 19
44. Henttonen M, Watts C, Roberts B et al. (2006) Health services for survivors of gender-based violence in Northern Uganda : a qualitative study. *Reproductive health matters*, Volume 16, Issue 31, 122-131
45. Howard N, Kollie S, Souare Y et al. (2008) Reproductive health services for refugees by refugees in Guinea I : family planning. *Conflict and health*, Volume 2, Issue 12
46. Rowley E A, Spiegel P B, Tunze Z et al. (2008) Differences in HIV-related behaviors at Lugufu refugee camp and surrounding host villages, Tanzania. *Conflict and health*, Volume 2, Issue 13
47. Rujumba J et Kwiringira J (2010) Interface of culture, insecurity and HIV and AIDS : Lessons from displaced communities in Pader District, Northern Uganda. *Conflict and health*, Volume 4, Issue 18
48. Kim A A, Malele F, Kaiser R et al. (2009) HIV infection among internally displaced women and women residing in river populations along the Congo river, Democratic Republic of Congo. *AIDS and behavior*, Volume 13, 914-920
49. Patel S H, Muyinda H, Sewankambo N K et al. (2012) In the face of war : examining sexual vulnerabilities of Acholi adolescent girls living in displacement camps in

conflict-affected Northern Uganda. *BMC International health and human rights*, Volume 12, Issue 38

50. Mugisha J, Muyinda H, Wandiembe P et al. (2015) Prevalence and factors associated with posttraumatic stress disorder seven years after the conflict in three districts in northern Uganda. *BMC Psychiatry*, Volume 15, Issue 170
51. Feyera F, Mihretie G, Bedaso A et al. (2015) Prevalence of depression and associated factors among Somali refugee at melkadida camp, southeast Ethiopia : a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, Volume 15, Issue 171
52. Morof D F, Sami S, Mangeni M et al. (2014) A cross-sectional survey on gender-based violence and mental health among female urban refugees and asylum seekers in Kampala, Uganda. *International journal of gynecology and obstetrics*, Volume 127, Issue 2, 138-143
53. Robert B, Damundu E Y, Lomoro O et al. (2009) Post-conflict mental health needs : a cross-sectional survey of trauma, depression and associated factors in Juba, Southern Sudan. *BMC Psychiatry*, Volume 9, Issue 7
54. Falb K L, McCormick M C, Hemenway D et al. (2014) Symptoms associated with pregnancy complications along the Thai-Burma border : the role of conflict violence and intimate partner violence. *Matern child health journal*, Volume 18, 29-37
55. Cardoso L F, Gupta J, Shuman S et al. (2016) What factors contribute to intimate partner violence against women in urban, conflict-affected settings? Qualitative findings from Abidjan, Côte d'Ivoire. *Journal of urban health*, Volume 93, Issue 2, 364-378
56. Semahegn A et Mengistie B (2015) Domestic violence against women and associated factors in Ethiopia : systematic review. *Reproductive health*, Volume 12, Issue 78
57. Feseha G, G/mariam A, Gerbaba M et al. (2012) Intimate partner physical violence among women in Shimelba refugee camp, northern Ethiopia. *BMC public health*, Volume 15, Issue 125

58. Stark L, Warner A, Lehmann H et al. (2013) Measuring the incidence and reporting of violence against women and girls in Liberia using the 'neighborhood method'. *Conflict and health*, Volume 7, Issue 20
59. Parcesepe A, Stark L, Roberts L et al. (2016) Measuring physical violence and rape against somali women using the neighborhood method. *SAGE journals*, Volume 22, Issue 7, 798-816
60. Wirtz A L, Glass N, Pham K et al. (2013) Development of a screening tool to identify female survivors of gender-based violence in a humanitarian setting : qualitative evidence from research among refugees in Ethiopia. *Conflict and health*, Volume 7, Issue 13
61. Stark L, Roberts L, Wheaton W et al. (2009) Measuring violence against women amidst war and displacement in Northern Uganda using the 'neighbourhood method'. *Journal of epidemiology and community health*, Volume 64, 1056-1061
62. Potts A, Myer K et Roberts L (2011) Measuring human rights violations in a conflict-affected country : results from a nationwide cluster survey in Central African Republic. *Conflict and health*, Volume 5, Issue 4
63. Pavlish C et Ho A (2009) Displaced persons perceptions of human rights in Southern Sudan. *International nursing review*, Volume 56, 416-425
64. Orach CG, Musoba N, Byamukama N et al. (2009) Perceptions about human rights, sexual and reproductive health services by internally displaced persons in northern Uganda. *Africa health sciences*, Volume 9, Issue 2, 72-80
65. Wirtz A L, Pham K, Glass N et al. (2014) Gender-based violence in conflict and displacement : qualitative findings from displaced women in Colombia. *Conflict and health*, Volume 8, Issue 10
66. Scott J, Averbach S, Merport Modest A et al. (2013) An assessment of gender inequitable norms and gender-based violence in South Sudan : a community-based participatory research approach. *Conflict and health*, Volume 7, Issue 4

67. Muhwezi W W, Kinyanda E, Mungherera M et al. (2011) Vulnerability to high risk sexual behaviour (HRSB) following exposure to war trauma as seen in post-conflict communities in eastern Uganda : a qualitative study. *Conflict and health*, Volume 5, Issue 22
68. Freedman J (2016) Sexual and gender based violence against refugee women : a hidden aspect of the refugee "crisis". *Reproductive health matters*, Volume 24, 18-26
69. Speakman E M, Shafi A, Sondorp E et al. (2014) Development of the Community Midwifery Education initiative and its influence on women's health and empowerment in Afghanistan : a case study. *BMC women's health*, Volume 14, Issue 111
70. Somasundaram D et Sivayokan S (2013) Rebuilding community resilience in a post-war context : developing insight and recommendations - a qualitative study in Northern Sri Lanka. *International journal of mental health systems*, Volume 7, Issue 3
71. ONUSIDA. (2012) Pratiques prometteuses en matière d'engagement communautaire pour l'élimination des nouvelles infections par le VIH chez les enfants d'ici 2015 et le maintien en vie de leurs mères. 50p
72. Bouchon M (2012) Accès aux soins et déterminants socioculturels. *Médecins du Monde*, 96p
73. Rehn E et Johnson Sirleaf E (2002) Women war and peace : the independent experts' assessment on the impact of armed conflict on women and women's role in peace-building. *United Nations Development fund for women*, 155p
74. Gumucio S, Montfort C et Benoit T (2015) Planification de projets de santé : promotion de la santé et action humanitaire. *Médecins du Monde*, 384p
75. Bouchon M (2009) Violences faites aux femmes : genre, culture et sociétés. *Médecins du Monde*, 114p
76. Lesieur E (2013) Santé sexuelle et reproductive : cadre de référence. *Médecins du Monde*, 268p

ANNEXES

Annexe 1 :

n°	Titre de l'article	Auteurs	Revue / Année	Thème	Population	Lieu	Objectif	Type d'étude	Résultats et discussion
38	Perceptions of the effects of armed conflict on maternal and reproductive health services and outcomes in Burundi and Northern Uganda : a qualitative study	ChiP C, Bulage P, Urdal H et al.	BMC International health and human rights / 2015	SR	n = 115 participants : femmes, agents de santé et personnels des ONG	Burundi Ouganda	Comprendre les effets des conflits armés sur la santé maternelle et reproductive	Enquête qualitative descriptive : 63 interviews et 8 groupes de discussion avec des femmes, agents de santé, personnels des ONG	Les conflits armés ont des conséquences sur : -destruction des structures de santé -pillage des fournitures sanitaires -effondrement du système de santé -fuite et enlèvement des professionnels de santé -limitation des opérations des équipes mobiles à cause de l'insécurité -irrégularité des heures d'ouverture des services disponibles -soins favorisés pour les populations locales -déplacement des populations : éloignement des structures de soins La diminution de la qualité des services de santé maternelle et reproductive et la limitation de leur accès et leur disponibilité résultent des ces mécanismes.
39	Assessment of reproductive health and violence against women among displaced Syrians in Lebanon	Masterson A R, Usta J, Gupta J et al.	BMC Women's Health / 2014	SR	n = 452 femmes réfugiées déplacées syriennes entre 18 et 45 ans	Liban	Accroître les connaissances sur la santé reproductive lors d'un conflit grâce à l'expérience des femmes déplacées	Enquête qualitative et quantitative dans 6 cliniques : collecte d'informations sur le statut sanitaire général des cliniques et interviews par questionnaires des femmes réfugiées	30,8% des femmes rapportent avoir été victime de violence pendant le conflit. Les auteurs sont majoritairement des personnes armées. L'étude montre une forte association entre ces violences et des irrégularités menstruelles ou des douleurs abdominales. Le recours aux services de santé reproductive suite à ces violences est variable. La plupart des victimes n'ont pas recouru à ces services de soins. Les barrières évoquées sont le manque de connaissance des services disponibles, le manque de fond, l'indisponibilité des services et la honte ou encore la peur d'être jugée.

n°	Titre de l'article	Auteurs	Revue / Année	Thème	Population	Lieu	Objectif	Type d'étude	Résultats et discussion
40	Retrospective analysis of reproductive health indicators in the United Nations High Commissioner for Refugees post-emergency camps 2007-2013	Whitmill J, Blanton C, Doraiswamy Set al.	Conflict and health / 2016	SR	Installations de réfugiés en post conflit où l'UNHCR met en place le système d'information sanitaire	Bangladesh, Kenya, Nepal, Chad, Tanzanie, Yémen, Djibouti, Thaïlande, Zambie, Ouganda	Evaluer le statut de la santé reproductive en analysant 7 indicateurs de santé et en les comparant aux normes standards et aux estimations des pays hôtes	Enquête quantitative	La proportion de femme victime de viol ayant reçu une chimioprophylaxie anti-VIH dans les 72h augmente significativement après l'implantation du système d'information sanitaire
41	Progress and gaps in reproductive health services in three humanitarian settings : mixed-methods case studies	Casey S E, Chynoweth S K, Cornier N et al.	Conflict and health / 2015	SSR	Installations humanitaires	Burkina Faso, RDC, Soudan du Sud	Evaluer la disponibilité, l'utilisation, la qualité, les barrières à l'accès aux services de santé reproductive dans trois installations humanitaires	Enquête transversale : Etude quantitative de la disponibilité des services de santé, des connaissances des prestataires de services Etude qualitative grâce à des groupes de discussion	Les programmes de santé reproductive sont mis en place mais doivent être renforcés pour atteindre les standards des lignes directrices internationales. Il existe des différences entre lois et leur application concernant l'avortement, le personnel manque de connaissance et de pratique, la gestion des centres de soins est complexe, les services ne sont pas adaptés aux adolescentes. Il y a une grande disparité de qualité en fonction du type de soin (les soins de post-avortement ou d'avortement sont souvent négligés)
42	Conflict, displacement and sexual and reproductive health services in Mali : analysis of 2013 health resources availability mapping system (HeRAMS) survey	Tunçalp O, Fall S I, Phillips S J et al.	Conflict and health / 2015	SSR	Centre de soins primaires	Mali	Comprendre l'association entre le niveau de conflit et de déplacement de population et la disponibilité, l'accessibilité des services de santé reproductive dans les zones post-conflit au Mali	Enquête transversale : Questions sur l'organisation générale des structures de soins Données quantitatives Niveau de conflit et de déplacement en fonction de la région touchée	L'étude analyse 1581 structures de soins. Dans la majorité celles-ci ont accès à l'eau et les structures publiques sont fonctionnelles. Le degré de conflit et de déplacement influence la disponibilité des services de santé reproductive. Les services sont plus disponibles lorsque la concentration de personnes déplacées est faible et les zones occupées ont moins de services disponibles.

n°	Titre de l'article	Auteurs	Revue / Année	Thème	Population	Lieu	Objectif	Type d'étude	Résultats et discussion
43	Health systems and gender in post-conflict contexts : building back better?	Percival V, Richards E, MacLean T et al.	Conflict and health / 2014	SSR			Examen des réformes des systèmes de santé en post-conflit concernant le genre	Revue de la littérature	
44	Health services for survivors of gender-based violence in Northern Uganda : a qualitative study	Henttonen M, Watts C, Roberts B et al.	Reproductive health matters / 2006	SSR	/	Ouganda	Examiner le statut des services de santé disponibles pour les survivants des VBG Evaluer les programmes contre les VBG Identifier l'écart entre les directives de l'IASC et les services mis en place	Etude qualitative : Visites de centres de santé, d'une clinique privée et d'hôpitaux 26 interviews Analyse de l'équipement médical nécessaire au traitement des survivants aux VBG 11 interviews : infirmières, sage-femme, médecin	
45	Reproductive health services for refugees by refugees in Guinea I : family planning	Natasha Howard, Sarah Kollie, Yaya Souare	Conflict and health /2008	PF	n = 445 hommes et 444 femmes en âge de procréer Installations en Guinée où le groupe de santé reproductive évoluait depuis 1995 Réfugiés originaires de Sierra Leone et du Libéria	Guinée	Evaluer les connaissances, attitudes et pratiques en matières de planification familiale en fonction du genre Intégrer le genre dans les programmes de planification	Enquête transversale : Interviews basées sur des questionnaires	Les connaissances, attitudes et pratiques sont fonction du genre. Les femmes identifient plus de méthodes contraceptives (sauf pour le préservatif). Les femmes avec un enseignement formel ont plus de connaissances sur la planification familiale (peu significatif). La source principale d'informations : groupe de santé reproductive. Les personnes ayant eu l'information du groupe de SSR ne sont pas plus utilisateurs de méthodes contraceptives mais ont plus de discussions avec leurs partenaires.

n°	Titre de l'article	Auteurs	Revue / Année	Thème	Population	Lieu	Objectif	Type d'étude	Résultats et discussion
46	Differences in HIV-related behaviors at Lugufu refugee camp and surrounding host villages, Tanzania	Rowley E A, Spiegel P B, Tunze Z et al.	Conflict and health / 2008	VIH	n = 802 personnes interviewées dans le camp de réfugiés à Lugufu et n = 941 personnes interviewées dans deux villages voisins Les participants ont entre 15 et 49 ans	Tanzanie	Apporter des données sur les facteurs influençant la transmission du VIH Evaluer l'accessibilité et l'utilisation des services spécifiques Apporter des recommandations pour améliorer les programmes contre le VIH chez les populations réfugiées et les populations hôtes	Etude transversale : Questionnaire sur le comportement en rapport avec le VIH, sur la mobilité, le réseau social, les rapports sexuels forcés Mesure de la différence de proportion et de valeurs entre les sexes, groupe âge, lieu de logement Interviews	Les habitants du village hôte ont un niveau d'éducation moins élevé que les habitants du camp. Les habitants du village ont plus d'accès au travail (agriculture) par rapport aux habitants du camp. Les habitants du camp utilisent plus de préservatifs lors de rapport à risque (interprétation : meilleure accessibilité, plus de sensibilisation par rapport au VIH)
47	Interface of culture, insecurity and HIV and AIDS : Lessons from displaced communities in Pader District, Northern Uganda	Rujumba J et Kwiringira J	Conflict and health / 2010	VIH		Ouganda	Exploration de la perception des communautés sur la problématique du VIH/SIDA et le lien avec la culture et l'insécurité	Etude transversale qualitative : 12 groupes de discussion 15 interviews d'inforameurs clés	Le VIH/SIDA est perçu comme un problème communautaire mais non prioritaire car les besoins vitaux ne sont pas satisfaits. L'insécurité exacerbe la propagation du VIH. Il y a une perte des repères familiaux à cause de l'effondrement des structures, de l'insécurité et du déplacement. Les situations de conflits forcent les populations à adopter des comportements à risque pour subvenir à leurs besoins : commerce du sexe, mariage précoce, rupture conjugale... La culture a une influence sur la transmission du VIH : polygamie, l'héritage des veuves, la pratique de cérémonies traditionnelles, le tabou autour des relations sexuelles, la place de la femme, la résistance à utiliser le préservatif, mariage précoce, alcoolisme,...

n°	Titre de l'article	Auteurs	Revue / Année	Thème	Population	Lieu	Objectifs	Type d'étude	Résultats et discussion
48	HIV infection among internally displaced women and women residing in river populations along the Congo river, Democratic Republic of Congo	Kim A A, Malele F, Kaiser R	AIDS and behavior / 2009	VIH / IST / VGB / IDP	1 camps d' IDP : de 345 foyers 2 communautés de personnes vivant dans les environs de la rivière Congo : 569 foyers (495 femmes interviewées et 494 femmes testées) et 581 foyers sélectionnés (568 interviewées et 565 testées) Femmes de 15 - 49 ans	RDC	Récolter des données sur la prévalence et le risque de contracter le VIH chez les femmes déplacées internes Evaluer le niveau épidémique Cibler les programmes en fonction des données	Etude transversale : Questionnaire sur les comportements en SR, les caractéristiques démographiques, les risques sexuels, les VBG et sur les symptômes d'IST Prise de sang pour la syphilis et le VIH	On a le même niveau d'éducation dans les 2 groupes (river population et IDP population). Il n'y a pas de différence significative pour l'âge de début des RS, le nombre de partenaires sexuels et l'utilisation de préservatifs. On retrouve plus de VBG et plus de symptômes d'IST chez IDP. La prévalence du VIH supérieure chez IDP et plus de syphilis active. Les symptômes d'IST sont significativement associés à une infection au VIH chez les personnes vivant près de la rivière. Il y a une corrélation significative entre le VIH et les VBG chez IDP
49	In the face of war : examining sexual vulnerabilities of Acholi adolescent girls living in displacement camps in conflict-affected Northern Uganda	Patel S H, Muyinda H, Sewankambo N K et al.	BMC International health and human rights / 2012	VIH / adolescentes	116 interviews et 16 groupes de discussions (6 à 10 personnes par groupe) Adolescentes et femmes adultes 3 camps de déplacements 59 interviews, 8 groupes de discussions pour les adolescentes (14-19 ans) et 57 interviews, 8 groupes pour les femmes de plus de 30 ans	Nord de l'Ouganda / district Gulu	Comprendre l'augmentation du risque de contracter les VIH lors d'un conflit pour les adolescentes Acholi vivant dans les camps de déplacement Développer une information appropriée et ciblée en fonction des déterminants socio-culturels en matière de d'éducation à la sexualité et de prévention du VIH	Etude qualitative : interviews et groupe de discussion	Les grands-mères transmettaient le savoir concernant la santé sexuelle et étaient des mentors pour les jeunes filles. Avant la guerre les rapports sexuels avant les premières menstruations étaient interdits. Il y a un changement dans les comportements chez les adolescentes, changement dans le rapport à la sexualité en vivant dans les camps d'IDP. Le manque de travail surtout pour les jeunes filles dans les camps les amène à être dépendantes économiquement des hommes et à accepter des relations sexuelles pour subvenir à leurs besoins

n°	Titre de l'article	Auteurs	Revue / Année	Thème	Population	Lieu	Objectifs	Type d'étude	Résultats et discussion
50	Prevalence and factors associated with posttraumatic stress disorder seven years after the conflict in three districts in northern Uganda	Mugisha J, Muyinda H, Wandiembe P et al.	BMC Psychiatry / 2015	Santé mentale	Participants âgés de plus de 18 ans	Nord de l'Ouganda : district Gulu, Amuru et Nwoya	Récolter des données sur la prévalence des syndromes de stress post traumatique et les facteurs de risques associés Evaluer les facteurs de comorbidité au SSPT	Enquête transversale : Interviews basées sur des questionnaires Ces données sont analysées en fonction de scores Interviews de 50-70 min réalisés par des infirmières en psychiatrie parlant le dialect local / échantillon randomisé à deux phases	
51	Prevalence of depression and associated factors among Somali refugee at melkadida camp, southeast Ethiopia : a cross-sectional study	Fetuma Feyera, Getnet Mihretie, Mr.Asres Bedaso	BMC Psychiatry / 2015	Santé mentale : dépression		Sud est de l'Ethiopie : Melkadida camp	déterminer la prévalence des dépressions et identifier les déterminants des dépressions parmi les personnes réfugiés	enquête transversale / 847 réfugiés /interview en personne interrogeant sur des informations socio-démographiques (en utilisant un questionnaire type), sur le degré d'exposition aux traumatismes et sur les symptômes de dépression	

n°	Titre de l'article	Auteurs	Revue / Année	Thème	Population	Lieu	Objectifs	Type d'étude	Résultats et discussion
52	A cross-sectional survey on gender-based violence and mental health among female urban refugees and asylum seekers in Kampala, Uganda	Diane F. Morof, Samira Sami, Maria Mangeni	International journal of gynecology and obstetrics / 2014	Santé mentale	Femmes réfugiées et demandeurs d'asile / entre 15 et 59 ans / originaires de RDC et Somalie / échantillon 500 femmes 117 interviews /	Ouganda Kampala	Evaluer la prévalence des violences basées sur le genre et la santé mentale chez les femmes réfugiées et les demandeurs d'asile en zone urbaine Déterminer les caractéristiques associées aux violences	Enquête transversale : questionnaire sur l'exposition aux violences sexuelles et physiques, sur les symptômes de dépression, sur le PTSD Recueil d'informations démographiques	Les violences perpétrées par des étrangers sont plus fréquentes que les violences par les partenaires intimes. Il n'y a pas d'association significative entre PTSD et le statut de réfugié, l'âge, le statut marital, le fait d'avoir eu un partenaire. Il y a une association significative entre PTSD et le nombre de femme dans le foyer, et une histoire de violence dans la vie (physique ou sexuelle)
53	Post-conflict mental health needs : a cross-sectional survey of trauma, depression and associated factors in Juba, Southern Sudan	Robert B, Damundu E Y, Lomoro O et al.	BMC Psychiatry / 2009	Santé mentale	Echantillon : 1242 adultes réfugiés ou IDP interviewés (plus de 18 ans)	Soudan du Sud, Juba	Mesurer le stress post traumatique, la dépression et leurs associations aux facteurs démographiques, aux déplacements et à l'exposition récente ou ancienne à un traumatisme	Etude transversale, randomisé : le degré d'exposition aux événements traumatiques et PTSD est évalué par un questionnaire (Harvard Trauma Questionnaire) et la dépression évaluée par Hopkins symptoms check list	Le taux d'exposition aux événements traumatiques est plus important chez les hommes. Le taux de PTSD et de dépression est plus élevé chez les femmes : le genre serait un facteur de mauvaise santé mentale. Les personnes divorcées, séparées, veuves ou séparées de force sont plus à risque de développer des symptômes de PTSD que les personnes mariées. Les personnes déplacées de force et séparées de force de leur famille sont plus à risque de PTSD et de dépression. Enfin, être gravement blessé et ne pas pouvoir accéder aux services de soins sont des facteurs de risque de développer des symptômes de PTSD et de dépression.

n°	Titre de l'article	Auteurs	Revue / Année	Thème	Population	Lieu	Objectifs	Type d'étude	Résultats et discussion
54	Symptoms associated with pregnancy complications along the Thai-Burma border : the role of conflict violence and intimate partner violence	Kathryn L. Falb, Marie C. McCormick, David Hemenway	Matern Child health journal / 2014	IPV	Femmes entre 15-49 ans, en couple, vivant dans un des 3 camps de réfugiés sélectionnés et ayant eu une grossesse vivante dans les deux ans	Birmanie	Décrire la prévalence des symptômes de complications de la grossesse rapportés par les femmes réfugiées Evaluer l'association entre une expérience de violences et des symptômes de complication de la grossesse	Enquête transversale par questionnaires	
55	What factors contribute to intimate partner violence against women in urban, conflict-affected settings? Qualitative findings from Abidjan, Côte d'Ivoire	L. F. Cardoso, J. Gupta, S. Shuman	Journal of urban health / 2016	IPV	Post conflit	Côte d'Ivoire	Evaluer les caractéristiques sociales et structurelles de l'environnement urbain qui contribuent aux violences domestiques chez les femmes en zones post conflit	10 groupes de discussion avec des hommes et des femmes IDP et non déplacés n = 91	Les facteurs environnementaux (du milieu urbain) favorisant les IPV sont : le chômage des hommes, le logement exiguë, l'insécurité alimentaire, le stress financier. Les facteurs de risque sociaux sont : réseaux sociaux fragilisés, tensions entre les normes traditionnelles et les normes de la ville "moderne", changement dans les rôles sexo-spécifiques. Les personnes IDP sont plus vulnérables face aux IPV dans un environnement urbain (en cause le déplacement et la discrimination, le manque de soutien social). Les IDP plus vulnérables : marginalisation sociale et financière

n°	Titre de l'article	Auteurs	Revue / Année	Thème	Population	Lieu	Objectifs	Type d'étude	Résultats et discussion
56	Domestic violence against women and associated factors in Ethiopia : systematic review	Agumasie Semahegn, Bezatu Mengistie	Reproductive Health /2015	IPV	15-49 ans	Ethiopie	Evaluer l'ampleur des violences domestiques et leurs facteurs associés	Revue de la littérature	15 études sélectionnées sur l'ensemble de la recherche. La prévalence des violences domestiques est très importantes (2/3 des femmes ont été victime de violences domestiques par leur mari ou un proche). Les facteurs associés sont : la consommation d'alcool par le mari, consommation de khât, antécédent de violence dans l'histoire familiale, lieu de résidence (rural ou zone urbaine), l'éducation du partenaire, le statut de la femme, les prises de décision dans le ménage, ...
57	Intimate partner physical violence among women in Shimelba refugee camp, northern Ethiopia	Girmatsion Feseha, Abebe G mariam, Mulusew Gerbaba	BMC public health / 2012	IPV	n = 422 femmes réfugiées	Ethiopie	Evaluer l'ampleur des violences domestiques dans un camp de réfugiés et les facteurs associés	Etude quantitative	Les agricultrices sont plus à risque que les femmes au foyer, les femmes ayant une histoire familiale de IPV sont plus à risque, les femmes ayant un partenaire avec un haut niveau d'éducation sont moins à risque, les femmes ayant un partenaire consommateur de substances psychoactives sont plus à risque...
58	Measuring the incidence and reporting of violence against women and girls in Liberia using the 'neighborhood method'	Lindsay Stark, Ann Warner, Heidi Lehmann	Conflict and health /2013	Dépistage des VBG		Liberia	Mesurer la nature et l'incidence des violences contre les femmes et les jeunes filles		

n°	Titre de l'article	Auteurs	Revue / Année	Thème	Population	Lieu	Objectifs	Type d'étude	Résultats et discussion
59	Measuring physical violence and rape against somali women using the neighborhood method	Angela Parcesepe, Lindsay Stark, Leslie Roberts	SAGE / 2016	Dépistage des VBG		Ethiopie			
60	Development of a screening tool to identify female survivors of gender-based violence in a humanitarian setting : qualitative evidence from research among refugees in Ethiopia	Andrea L Wirtz, Nancy Glass, Kiemanh Pham	Conflict and health / 2011	Dépistage	Femmes réfugiées de plus de 15 ans victimes de VBG et vivant dans une zone urbaines ou un camp de réfugiés	Ethiopie	Donner une définition large des VBG et l'intégrer à un outil de dépistage des VBG utilisable dans les camps de réfugié Examiner le type d'expérience de VBG et les barrières au signalement de ces violences parmi les femmes réfugiées	Enquête qualitative : 37 interviews et 11 groupes de discussions (77 participants)	
61	Measuring violence against women amidst war and displacement in Northern Uganda using the 'neighbourhood method'	L Stark, L Roberts, W Wheaton	Journal of epidemiology and Community Health /2009	Dépistage des VBG	Post-conflit	Ouganda (4 camps)	Etablir la prévalence des violences basées sur le genre chez les personnes déplacées internes	Echantillon randomisé pour la sélection des foyers à interviewer	204 interviews => données sur 268 sœurs et sur 1206 voisins

n°	Titre de l'article	Auteurs	Revue / Année	Thème	Population	Lieu	Objectifs	Type d'étude	Résultats et discussion
62	Measuring human rights violations in a conflict-affected country : results from a nationwide cluster survey in Central African Republic	Alina Potts, Kathleen Myer, Les Roberts	Conflict and health / 2011	Droit		République centrafricaine	Mesurer l'incidence des violations humaines dans un pays touché par un conflit armé	Etude randomisée / "neighborhood method" / questionnaire / interviews de 599 femmes	
63	Displaced persons perceptions of human rights in Southern Sudan	C. Pavlish, A. Ho	International nursing review / 2009	Droit	Personnes clé : personnes déplacées / représentants du gouvernement / organisme communautaire / représentant du système de santé, du système légal	Soudan	Mieux comprendre le contexte social influençant les droits de l'homme et les relations entre les sexes en post-conflit	Etude ethnographique : 5 groupes de discussion avec des femmes et/ou des hommes 9 interviews de personnes clé	droit à la bonne gouvernance / droit à la liberté et à l'autodétermination / droit à la participation au développement de la société notamment à travers le droit des femmes / le droit à la paix et la sécurité / le droit à l'égalité : pour l'égalité des sexes, cette notion apparait dans les interviews des représentants clé mais pas dans les groupes de discussion avec les femmes / violation des droits de l'homme : discrimination (de genre, corruption), insécurité au quotidien
64	Perceptions about human rights, sexual and reproductive health services by internally displaced persons in northern Uganda	Orach CG, Musoba N, Byamukama N	African Health Sciences / 2009	Droit	adultes et adolescents (14-19ans) / femmes et hommes / déplacés internes	Ouganda	Etude de la perception des femmes et des hommes déplacés internes sur leur accès à l'information à propos de leurs droits et de leur accès aux services de santé et de VBG	Etude transversale : interviews de 1383 personnes sélectionnées / 27 interviews d'informateurs clé 52 groupes de discussion	

n°	Titre de l'article	Auteurs	Revue / Année	Thème	Population	Lieu	Objectifs	Type d'étude	Résultats et discussion
65	Gender-based violence in conflict and displacement : qualitative findings from displaced women in Colombia	Andrea L Wirtz, Kiemanh Pham, Nancy Glass	Conflict and health /2014	VBG	personnes déplacées	Colombie (dans une zone rurale de conflit et de déplacement et dans une zone urbaine de déplacement et de violence urbaine)	Comprendre les associations entre VBG et le contexte de conflit, les déplacements Identifier le niveau de VBG, les auteurs et le contexte Comprendre les barrières auxquelles doivent faire face les victimes pour dénoncer et reporter leurs agressions	Recherche qualitative : 30 interviews de femmes IDP victimes de VBG (plus de 18 ans) 6 groupes de discussion et interviews avec des prestataires de service	Peu de type de VBG sont réellement spécifiques d'une installation. Dans les zones de conflits les menaces (menaces de violences, de recrutement forcé, de kidnapping) sont plus utilisées et rares sont les descriptions de travail forcé, de violences physiques et de viols. Dans les zones de conflits, les violences sont perpétrées par : les groupes armés, les partenaires intimes et les membres de la famille et les victimes ont peu de recours. Dans les zones de déplacements, les violences familiales et des violences domestiques sont les plus rapportées (menace, violences physiques et sexuelles, contrôle dans les décisions concernant la santé reproductive de la femme : avortement forcé, rapport forcé, contrôle de la contraception, violence pendant la grossesse...), les IPV sont souvent attribuées à la consommation d'alcool, l'infidélité, la différence de pouvoir, les normes sexo spécifiques
66	An assessment of gender inequitable norms and gender-based violence in South Sudan : a community-based participatory research approach	Jennifer Scott, Sarah Averbach, Anna Merport Modest	Conflict and health / 2013	VBG	Post-conflit	Soudan du Sud	Evaluer les attitudes et la fréquence des VBG Avoir des données sur les normes appuyant l'inégalité entre les sexes et comprendre l'effet du genre, de l'âge, de l'éducation sur ces attitudes et croyances Estimer la fréquence des VBG	Recherche participative et collaborative : 680 femmes et hommes Interviews et questionnaires Randomisation des ménages	

n°	Titre de l'article	Auteurs	Revue / Année	Thème	Population	Lieu	Objectifs	Type d'étude	Résultats et discussion
67	Vulnerability to high risk sexual behaviour (HRSB) following exposure to war trauma as seen in post-conflict communities in eastern Uganda : a qualitative study	Wilson Winston Muhwezi, Eugene Kinyanda, Margaret Mungherera	Conflict and health /2011	VBG (Comportement sexuel à haut risque)	Personnes de plus de 15 ans pour le groupe de discussion Informateurs clés : leaders religieux, chef de camp, leaderspolitique du district, représentant des organismes civils	Est Ouganda	Etude des facteurs socio-culturels, des interactions sociales, des pratiques socio-cultutrelles, des normes sociales et du réseau social qui s'associent aux traumatismes de guerre et la vulnérabilité aux comportements sexuels à haut risque dans les populations en post-conflit	Enquête transversale qualitative : Groupe de discussion, interviews, entreenues d'informateurs clés Revue de la littérature	Le haut niveau de malheur socio-économique (perte du bétail, insécurité alimentaire, mariage précoce, camps surpeuplés, ...) et culturel semble être lié à une vulnérabilité au HRSB. L'appauvrissement de la population est associé au HRSB (relations sexuelles de nature transactionnelle pour la nourriture ou de l'argent, engagement dans cette voie par nécessité pendant le conflit mais aussi après celui-ci). Le changement de normes socio-culturelles affecte les attitudes relatives aux comportements sexuels, il y a une diminution de la résilience. Le changement des normes socio-culturelles amène une augmentation de VBG. Le conflit sur une longue période enracine les changements de normes en rapport avec les relations sexuelles et les comportements à risque se retrouvent lors de la phase post-conflit (conséquences psychologiques des trumatismes tiennent une place importante dans ce processus)
68	Sexual and gender based violence against refugee women : a hidden aspect of the refugee "crisis"	Jane Freedman	Reproductive Health matters / 2016	VBG		Grèce / Serbie / France	Se documenter sur les formes de VBG	Recherche qualitative Interviews de 40 femmes et de 20 hommes réfugiés et d'informateurs clés Entretiens avec desreprésentants de l'UNHCR, du parlement européen et de MSF Revue de la littérature	Les violences sont en rapport avec le conflit et le déplacement ("passeurs", les gardiens). Il y a une augmentation de la vulnérabilité des femmes réfugiées par des conditions d'accueil inadéquates. Les déplacements peuvent changer les relations de pouvoir entre les femmes et les hommes au sein de leur famille, couple et augmenter les violences domestiques et intra-familiales

n°	Titre de l'article	Auteurs	Revue / Année	Thème	Population	Lieu	Objectifs	Type d'étude	Résultats et discussion
69	Development of the Community Midwifery Education initiative and its influence on women's health and empowerment in Afghanistan : a case study	Elizabeth M Speakman, Ahmad Shafi, Egbert Sondorp	BMC Women's Health / 2014	Education					
70	Rebuilding community resilience in a post-war context : developing insight and recommendations - a qualitative study in Northern Sri Lanka	Somasundaram D, Sivayokan S	International journal of mental health systems / 2013	Résilience communautaire			Comprendre les problèmes psychosociaux vécus par les familles, les communautés et les facteurs de risque ou protecteur associés pour améliorer les interventions sur la résilience communautaire	Etude qualitative et système écologique Observation participante, étude de cas, interviews des informateurs clés, groupe de discussion Revue de la littérature	

Annexe 2 : Discours du Docteur Denis Mukwege pour le prix Sakharov, le 26 Novembre 2014 à Strasbourg, Parlement européen :

« [...] Dans un monde d'inversion des valeurs où la violence se banalise en prenant des formes toujours abominables, refuser la violence c'est être vigilant. En attirant l'attention du monde sur la nécessité de protéger les femmes en période de conflits armés vous avez refusé l'indifférence face à l'une des plus grande catastrophe humanitaire des temps modernes. Vous avez réaffirmé que la résolution des conflits dans les grands Lacs et la promotion de l'Homme et de la démocratie sont et restent des priorités de la politique étrangère de l'Union Européenne. Par ce prix, vous avez décidé d'accroître la visibilité du combat mené par les femmes congolaises depuis plus de 15 ans et de reconnaître leurs souffrances mais aussi leur dignité et le courage qu'elles incarnent.

Monsieur le président, la région où je vis est l'une des plus riches de la planète. Pourtant, l'écrasante majorité de ces habitants vivent dans une extrême pauvreté liée à l'insécurité et à la mauvaise gouvernance. Le corps des femmes est devenu un véritable champ de bataille et le viol est utilisé comme une arme de guerre. Les conséquences sont multiples et impacte sur l'ensemble de la société. La cellule familiale est désagrégée, le tissu social est détruit, les populations réduites en esclavage ou tout simplement acculé à l'exil dans une économie largement militarisée où la loi des Seigneurs de guerre continue à s'imposer en l'absence d'un Etat de droit. Nous sommes donc face à une stratégie de guerre redoutablement efficace. L'autorité de l'Etat congolais et ses institutions restent fragiles et ne sont pas encore en mesure n'y de protéger la population n'y de satisfaire à ces besoins de base. [...]

Mais comment me taire quand pendant plus de 15 ans nous voyons ce que même un œil de chirurgien ne peut pas s'habituer de voir. Comment me taire quand nous savons que ces crimes contre l'humanité sont planifiés avec un mobile basement économique ?

Comment me taire quand ses mêmes raisons économiques ont conduit à l'usage du viol comme une stratégie de guerre ? Chaque femme violée je l'identifie à ma femme, chaque mère violée je l'identifie à ma mère et chaque enfant violé je l'identifie à mes enfants. Comment pouvons-nous nous taire ? Quel est cet être humain doué de conscience qui se tairait quand on lui amène un bébé de six mois dont le vagin a été détruit soit par la pénétration brutale d'un adulte soit par des objets contendants soit par des produits chimiques ? Déjà un seul cas de viol est grave et nécessite une action de nous tous. Dans mon pays, il y a des centaines de milliers de femmes violées et d'autres milliers d'enfants nés issu du viol en plus des millions d'êtres humains morts suite au conflit. Dans le reste du monde chacun se soulèverait d'indignation mais dans la société congolaise en perte de repère, les atrocités de masse passent dans l'actualité comme des simples faits divers signe désolant d'une société traumatisée par trop de violence, société où il y a une absence de responsabilité politique et d'une négation tout simplement de notre humanité commune.

Monsieur le président nous avons pris du temps et de l'énergie pour réparer les conséquences de la violence, il est temps de s'occuper des causes. Des milliers de témoignages des victimes montrent que le peuple congolais a soif de justice, de paix et aspire au changement. Il y a urgence à agir. Les solutions existent et exigent une réelle volonté politique. [...] En RDC, la consolidation de l'Etat et le rétablissement de la sécurité à l'Est constituent la priorité des priorités. La réforme du secteur de la sécurité est l'une des plus importante réforme institutionnelle et au cœur des efforts de mise en œuvre de la responsabilité primaire de l'Etat congolais de protéger les civils. La justice doit être également placée au cœur du processus de paix et lutter contre l'impunité des crimes le plus grave y compris les crimes de violences sexuelles doit être renforcé. Il n'y aura pas de paix ni développement économique et social sans respect des droits de l'homme sans réparation pour les survivantes de viol et les victimes sans assainissement de la fonction publique [...].

Mais la réelle politique illustre bien souvent que les intérêts géostratégiques et économiques priment sur les respects de la protection des droits de l'Homme. Le projet de règlement européen de la Commission pour un approvisionnement responsable en minerais, qui doit être examiné devant votre assemblée, devrait intégrer une dimension contraignante et viser aussi bien les produits finis ici en Occident que les matières premières à l'état brut. [...] Notre pays est plein de potentiel et avec un commerce plus responsable et transparent le Cogo a la capacité d'un développement endogène grâce à ces ressources naturelles mais avant tout ses ressources humaines qui ne peuvent aujourd'hui être exploitées pour les bénéfices de tous dans un contexte de ni paix ni guerre.

Monsieur le président, ce prix n'aura de signification pour les femmes victimes de violences sexuelles que si vous nous accompagnez sur les chemins de la paix, la justice et la démocratie. Nous le dédions donc à toutes les survivantes des violences sexuelles en RDC et dans le monde entier. Nous sommes convaincu que les changements viendront par ces femmes courageuses, déterminées et dignes qui sont notre source d'inspiration au quotidien. [...]

Ensemble, décideurs politiques, acteurs de la société civile et citoyens, hommes et femmes, nous devons fixer une ligne rouge contre l'utilisation du viol comme arme de guerre et construire un avenir meilleur pour offrir à nos enfants et à nos petits-

enfants un cadre propice à leur épanouissement et permettre à ceux qui ont trop souffert d'envisager le futur dans une liberté plus grande. [...]

Chers compatriotes, notre nation, la RDC nous appartient. Ces ressources naturelles et humaines, ces institutions, son destin relèvent tous de notre responsabilité. C'est à nous le peuple congolais, de façonner nos lois, notre justice et notre gouvernement pour servir nos intérêts à tous et pas seulement ceux de certains.

Le prix Sakharov que nous recevons du parlement européen est le votre et il est le symbole de la liberté de penser, un droit qui nous a été retiré, un droit auquel, suite à la terreur et l'oppression, nous semblons avoir parfois renoncé. Ce droit nous est acquis et le peuple européen à travers leur représentant nous tend la main aujourd'hui pour le recouvrer. Ils veulent nous appuyer dans notre lutte pour la liberté, la paix, la justice et le progrès. Aujourd'hui, l'Europe nous exprime sa solidarité. Elle veut marcher avec nous dans notre quête de la restauration d'une vie congolaise digne. Unissons-nous et marchons avec elle enfin qu'une fois pour toute la paix, la justice soient restaurées au Congo et que nous puissions aspirer à un futur meilleur. Notre pays est malade mais ensemble avec nos amis de part le monde nous pouvons et nous allons le soigner.

Je vous remercie. »

MEMOIRE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

ANNEE : 2016-2017

TITRE :

LES VIOLENCES BASEES SUR LE GENRE EN SITUATION DE CRISE
HUMANITAIRE : EVALUATION DES PROGRAMMES DE PREVENTION
Etude bibliographique

AUTEUR : VINCENT Méloé

Sous la Direction de : Madame HUBERT Elodie, sage-femme enseignante

MOTS-CLES :

Violences basées sur le genre, programmes de prévention, crise humanitaire

RESUME :

Introduction : Les violences basées sur le genre sont un problème de santé publique en situations de crise humanitaire. Ce travail de recherche a pour objectif de recenser les dispositifs d'interventions et de prévention contre ces violences. Il s'agit alors d'évaluer leur efficacité et de mettre en avant des facteurs favorisant ou non à l'implantation de ces programmes.

Matériel et méthode : Ce mémoire est une revue de la littérature scientifique. Il recueille un ensemble d'articles sur le thème des violences basées sur le genre et leurs programmes de prévention sous la forme de deux bases de données.

Résultats : La recherche retrouve 21 articles évaluant les interventions de prévention contre les violences basées sur le genre et 33 articles sur les données socioculturelles et démographiques relatives aux violences.

Conclusion : Dans l'ensemble, les programmes de lutte contre les violences en situations de crise humanitaire sont sous évalués mais des pratiques prometteuses efficaces existent : l'engagement communautaire, l'empowerment ou encore le travail sur les normes socioculturelles de la violence.