









Prévention et lutte contre la violence basée sur le genre dans deux provinces du Burundi

INTRODUCTION

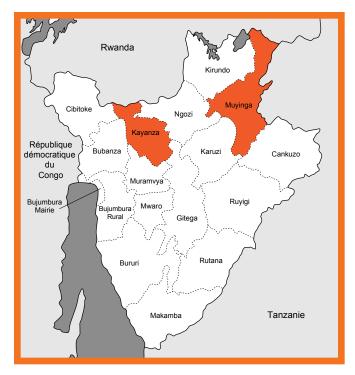
Pendant toute la durée de la longue guerre civile du Burundi (1993–2005), la violence basée sur le genre (VBG) – définie comme physique, psychologique, et/ou la violence sexuelle-était omniprésente. Bien que les données disponibles ne soient pas adaptées pour avoir une estimation de la prévalence de la VBG au Burundi à la suite du conflit, elles suggèrent que la violence sexuelle reste un phénomène répandu (ACAT Burundi & OMCT, 2008). La violence sexuelle est non seulement une préoccupation en termes de droits humains, mais elle est également liée à l'infection par le VIH et d'autres graves problèmes de santé (Ellsberg & Betron, 2001). Le Burundi est confronté à une épidémie généralisée du VIH, avec un taux de prévalence de 1.4% chez les adultes (ISTEEBU, MSPLS, & ICF International, 2012).

La violence sexuelle constitue une priorité dans le cadre d'une initiative mise en œuvre au Burundi financée par le Plan présidentiel d'urgence d'aide à la lutte contre le SIDA (PEP-FAR). En 2012, avec le soutien de PEPFAR, le projet RESPOND a commencé à travailler avec le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA (MSPLS) pour renforcer la prévention de la VBG et les efforts de lutte mobilisés dans deux provinces —Kayanza et Muyinga. Les stratégies du projet comprenaient les interventions complémentaires ayant pour but de consolider la capacité des structures sanitaires sanitaires à fournir des services aux survivantes de VBG, de promouvoir des normes équitables entre les deux sexes à l'échelon communautaire, et de renforcer les liens entre les communautés et le système de soins de santé afin de faciliter l'accès aux services de lutte contre la VBG.

Ces stratégies de projet s'appuyaient sur une évaluation conduite en avril 2012 par RESPOND dans 19 structures sanitaires et parmi les responsables communautaires de certaines communes¹ dans les provinces de Muyinga et de Kayanza (Projet RESPOND, 2012). Cette évaluation de base était constituée d'entretiens approfondis conduits auprès de 19 responsables desstructures sanitaires et 30 prestataires, mais aussi d'observations structurées d'équipements et des fournitures disponibles sur chaque site. Les résultats ont montré que la plupart des structures sanitaires de santé étaient mal équipés et peu dotés en personnels formés pour faire face à la VBG. La grandemajorité des prestataires étaient privés de formation sur les soins administrés aux survivantes de VBG qui étaient généralement orientées vers des hôpitaux après avoir bénéficié de soins minimaux. Rares étaient les orientations vers d'autres services (par exemple, la police, l'aide judiciaire ou le soutien psychosocial). Les propos selon lesquels « Le viol est parfois causé par la victime elle-même » ont permis de constater que les attitudes des prestataires représentaient un obstacle à la qualité de l'acceuil et des soins.

www.respond-project.org

¹ Dans la province de Muyinga, les communes de Giteranyi et Butihinda ont fait l'objet d'une évaluation. (Pendant la deuxième année des interventions du projet, la commune du centre de Muyinga a été rajoutée). À Kayanza, les communes de Kabarore et Muruta ont été évaluées au départ. (Au cours de la seconde année, la commune du centre de Kayanza a été intégrée).



En outre, les groupes de discussion dirigée menés avec des responsables communautaires – notamment les autorités locales, les chefs religieux, les agents de santé communautaires, ainsi que les membres des associations communautaires qui s'oeuvrent dans le domains de la lutte contre les VGBs – ont souligné l'omniprésence des normes inéquitables contribuant à la violence basée sur le genre et susceptibles de dissuader les survivantes de recourir à des soins ou de solliciter de l'aide.

VUE D'ENSEMBLE DES INTERVENTIONS ASSURÉES DANS LE CADRE DU PROJET

Renforcer la réponse donnée par le secteur sanitaire face à la violence basée sur le genre

Dans un premier temps, dès décembre 2012, RESPOND a travaillé avec le MSPLS afin de réviser et actualiser le module national de prise en charge des VBG. Suite à la validation du module révisé en février 2013, RESPOND a formé 34 formateurs nationaux des unités du MSPLS et des organisations non-gouvernementales locales (ONG). Au cours de l'année suivante, ces derniers ont formé le programme actualisé aux prestataires de soins issus des quatre communes. Les formations comprenaient des instructions sur la compréhension de la violence basée sur le genre comme problème social et de santé publique, la prise en charge holistique des cas de violence basée sur le genre (médicale, psychosociale, légale), les orientations vers d'autres services, de même que les connaissances relatives aux fournitures et produits nécessaires au traitement de la violence basée sur le genre. Les formations comportaient des adaptations de certaines activités du programme d'EngenderHealth dénommé Men As Partners® [Hommes comme partenaires] (MAP®) pour exhorter les prestataires hommes et femmes à affronter des stéréotypes préjudiciables et réfléchir sur les défis auxquels les survivantes de la violence basée sur le genre doivent faire face.²

RESPOND a procédé à la formation d'un total de 322 prestataires et 18 superviseurs. En 2013-2014, RESPOND a également collaboré avec le MSPLS et FHI 360 pour accroître la disponibilité et l'accessibilité de la prophylaxie post-exposition (PPE) contre le VIH pour les survivantes de la violence basée sur le genre.

Promouvoir les normes équitables entre les deux sexes à l'échelon communautaire

RESPOND a adapté le programme MAP® de Engender-Health (ACQUIRE Project & Promundo, 2008) en novembre 2012 afin de rédiger deux programmes distincts traitant des normes et attitudes en rapport avec le genre dans le contexte burundais – un programme destiné à une campagne de deux jours consacrée à la sensibilisation des responsables communautaires et un autre en vue d'un atelier de quatre jours pour les miniersminiers, travailleurs des plantations de thé, ainsi qu'aux conducteurs/chauffeurs de bicyclette et moto taxis. RESPOND a formé 12 animateurs afin qu'ils puissent utiliser le programme qui a fait l'objet d'une adaptation. Au total, 396 leaders communautaires ont bénéficié de cette campagne d'une sensibilisation, dont 172 agents de santé communautaire, 89 membres de l'administration locale, 69 membres d'associations et ONG locales, 41 professionnels de la santé, 23 responsables religieux, et deux officiers de police nationale. Les objectifs étaient de favoriser la réflexion sur les normes néfastes en matière de genre afin d'identifier des actions à entreprendre pour affronter la violence basée sur le genre et améliorer l'accès aux services pour les survivantes.

Les ateliers de quatre jours sur MAP ont eu lieu avec des groupes composés de travailleurs sur les plantations de thé, de miniers, de conducteurs/chauffeurs de bicyclette et mototaxis. Pendant l'atelier, les participants ont examiné les normes en matière de genre, la sexualité, la violence et les effets négatives y afférents. Ils ont également évoqué les actions qu'ils pourraient mettre en œuvre pour favoriser des normes positives par rapport au genre et assurer la prévention de la violence basée sur le genre au sein de leurs communautés. Le programme avait pour thématiques le genre, le pouvoir, la sexualité et la violence, notamment des éléments spécifiques au contexte tels que les proverbes locaux. Globalement, 699 hommes ont participé: 14% (100) travailleurs de plantations de thé, 64% (449) miniers et 21% (150) chauffeurs de taxi.

² L'approche MAP qui a été appliquée dans plus de 15 pays à travers le monde, stimule le dialogue sur les normes relatives au genre, en exhortant les hommes et les femmes à rejeter des normes néfastes et en promouvant celles qui protègent la santé des hommes et de leurs familles.

Faciliter l'accès aux services de lutte contre la violence basée sur le genre

Pour renforcer les liens parmi les partenaires multisectoriels, le projet a organisé des réunions bimensuelles au niveau des communes qui rassemblaient des institutions offrant des services liés à la violence basée sur le genre (par exemple, les centres de développement familial, les agents de promotion sanitaire, la police, les procureurs). À l'échelon provincial, les réunions trimestrielles ont donné l'occasion aux prestataires d'échanger des informations sur les services, d'instaurer des mécanismes d'orientation vers d'autres structures, et d'identifier les difficultés et solutions face à des problèmes fréquents. RESPOND a également utilisé les réunions comme forum pour partager des informations à propos des améliorations en matière de disponibilité des services en charge des cas de violence basée sur le genre. RESPOND a organisé un total de 40 réunions communautaires et 11 réunions provinciales. Le projet a de surcroît apporté son soutien à certains structures sanitaires médicaux en vue de la planification et l'organisation de visite guidée de sitespour les leaders communautaires dans leur zone cible. Ces visites guidées ont permis aux responsables communautaires de participer à des ateliers MAP afin de découvrir les services relatifs à la violence basée sur le genre disponibles et la manière de faciliter l'accès des survivantes de ce type de violence aux soins immédiats, mais aussi pour renforcer les orientations vers d'autres structures sanitaires où des soins plus perfectionnés et des services complémentaires étaient disponibles. Un total de 355 leaders communautaires et 41 agents de structures médicales ont pris part aux visites guidées.

BUT ET MÉTHODES DE L'ÉVALUATION

Une évaluation de fin de projet a été conduite par des consultants locaux en mai 2014 afin de décrire les changements survenus en termes de capacités du système de soins de santé en ce qui concerne la lutte contre la VBG et pour demander aux participants de faire part de leurs commentaires sur les interventions du projet. Des guides d'entretiens identiques ont été utilisés pour l'enquête de référence de 2012 et les évaluations finales ; cependant l'évaluation finale a également permis de recueillir des impressions et commentaires sur les interventions de RESPOND dans ces structures sanitaires. Cette évaluation comprenait des entretiens individuels avec les responsables des structures sanitaires (16) et prestataires (17), de même que des observations structurées des équipements et fournitures disponibles dans chaque site. L'évaluation finale a été conduite dans 16 des 19 structures sanitaires évalués lors de l'enquête initiale. La comparaison des réponses aux enquêtes initiales et finales à l'échelon individuel, n'a pas été possible car les participants ne disposaient pas d'identifiants uniques.

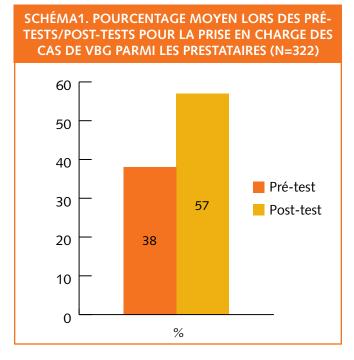
Pour compléter ces données, les résultats des pré-tests et post-tests des participants aux ateliers MAP ainsi que ceux des prestataires formés ont été analysés. Ces tests écrits, remplis anonymement, examinaient les attitudes et connaissances relatives à la VBG et les normes en rapport avec le genre. Le pré-test a été administré par l'animateur le pre-mier jour de l'atelier, et le post-test a eu lieu le dernier jour de l'atelier. Pour les participants alphabétisés qui ont rempli les formulaires eux-mêmes, le niveau d'alphabétisation a probablement posé quelques problèmes ; en ce qui concerne les participants illettrés, leur anonymat a pu être compromis car ils ont sollicité de l'aider pour le répondre au test.

RÉSULTATS

Réponse du secteur sanitaire face à la VBG

Lors des enquêtes finales, le pourcentage de responsables d'établissement qui estimaient que leurs prestataires étaient dotés des connaissances et compétences nécessaires pour fournir un ensemble de soins couvrant divers domaines face à la VBG, a augmenté en passant de moins de 25% à 100% à l'issue de l'intervention; les responsables ont néanmoins signalé, qu'il y avait encore de la marge pour des progrès en matière de compétences pour la gestion des cas de VBG.

Une comparaison des pré-tests et post-tests des 322 prestataires formés par RESPOND a montré que leurs connaissances sur la prise en charge et les soins apportés aux survivants de la VBG s'étaient améliorées à la suite de la formation, avec un résultat moyen passé de 38 à 57% (Schéma 1).³ Les entretiens de fin d'intervention ont aussi permis



³ Les pré-tests/post-tests administrés aux prestataires comprenaient 37 questions réparties dans trois sections : trois questions sur les attitudes à l'égard de la VBG et les survivantes de VBG ; 25 questions sur les aspects relatifs à la prise en charge médicale des cas de VBG ; et neuf questions d'auto-évaluation concernant leurs capacités à administrer un traitement aux survivantes de VBG. Ce chiffre reflète seulement la deuxième partie des questions par rapport à la prise en charge médicale des cas de VBG.



Les participants de la formation MAP des animateurs pratiquent l'orientation des autres durant les exercices.

d'observer des progrès en termes de connaissances de la gestion des cas de VBG. Le pourcentage de prestataires en mesure de citer, sans avoir des indices, les étapes à suivre pour gérer un cas de VBG a augmenté de manière significative. À titre d'exemple, la part de prestataires ayant signalé qu'ils préserveraient le droit à la confidentialité pour leurs clientes est passée de 33% à 71% lors de l'enquête finale. Les prestataires qui ont déclaré qu'ils informeraient le/la client/e de son droit à accepter ou décliner n'importe quel type de service, a augmenté de 0 à 53%.

De plus, la part de prestataires signalant qu'ils soumettraient les survivantes à un test de dépistage du VIH est passée de 37 à 76%, tandis que le pourcentage de ceux qui ont dit qu'ils dispenseraient un traitement pour les infections sexuellement transmissibles (IST) a augmenté de 23 à 71%, et la proportion de ceux qui ont affirmé qu'ils offriraient des soins de PPE a progressé de 13 à 53%. Néanmoins, dans certains domaines, l'évolution a été minime : peu de prestataires ont évoqué la sécurité des survivantes (aucun lors de l'enquête de base et un pendant l'enquête finale) ou le fait d'établir un certificat médical (de 0 à 2 lors de l'enquête finale). En revanche, les populations de prestataires testées lors des enquêtes de base et de fin de projetétaient de taille différente (30 contre 17) ; cette différence a une incidence sur la comparaison des données et limite la possibilité de détecter les différences et pouvant être significatives d'un point de vue statistique.

Le pourcentage de prestataires affirmant qu'ils orienteraient une cliente vers d'autres services n'a progressé que légèrement entre l'enquête de base et l'enquête finale (de 67% à 76%). Cependant, parmi les prestataires qui ont déclaré qu'ils *orienteraient* des clientes pour d'autres services, le pourcentage d'entre eux qui ont signalé qu'ils le feraient

pour des services légaux, de logements, psychosociaux ou financiers a globalement augmenté. La part de prestataires orientant les clientes pour des services de réinsertion sociale s'est accru de manière significative, passant de 30 à 76% et le pourcentage de ceux qui le faisaient pour un hébergement provisoire a augmenté de manière significative (de 37 à 82%). La proportion de responsables d'établissement orientant les clients vers des services de réinsertion sociale a également progressé de manière considérable, de 37 à 75%.

Les résultats des pré-tests et post-tests ont conduit au constat d'un changement positif parmi les prestataires de soins en termes d'attitudes concernant la VBG et les survivantes de cette violence (Tableau 1). Néanmoins, des progrès restent à faire, comme le montre le léger pourcentage de prestataires en désaccord avec l'affirmation selon laquelle les survivantes de la violence basée sur le genre étaient trop traumatisées pour prendre de bonnes décisions en ce qui concerne leurs soins médicaux. »

Au niveau des structures sanitaires, le pourcentage des structures disposant de l'ensemble des équipements, fournitures et produits médicauxessentiels pour la VBG a augmenté, passant de 0% lors de l'enquête de base à 25% à l'issue de l'intervention. Les structures sanitaires disposant de tests de grossesse est resté quasiment identique (passant de 75 à 81%). Les structures dotées de tests de dépistage des IST (y compris le VIH) en stock ont fait état d'un accroissement statistiquement significatif, de 13% lors de l'enquête de base à 94% lors de l'enquête de fin d'intervention. Les kits PPE⁵ restent les produits les moins disponibles en stock, bien que le nombre de structures les ayant en stocks ait été doublé entre l'enquête de début d'intervention (quatre) et celle de fin (huit).



Les animateurs MAP rencontrent le personnel du cen tre de santé de Kabarore, de la province de Kayanza pour planifier la visite guidée de site (mars 2013).

⁴ Étant donné que l'ensemble des responsables d'établissements n'étaient pas disponibles pour les entretiens de fin d'intervention et pour les besoins de l'étude comparative, le nombre d'établissements choisis pour l'évaluation de base est réduit pour n'inclure que les même 16 établissements ayant fait l'objet de l'audit final.

⁵ Au Burundi, les kits PPE contiennent : des médicaments antirétroviraux (Lopinavir/Ritonavir [Kaletra], Lamivudine, Zidovudine), de la contraception d'urgence (Postinol) ainsi que des antibiotiques pour le traitement des IST.

TABLEAU 1. POURCENTAGE DE PRESTATAIRES DE SOINS EN DÉSACCORD (RÉPONSE SOUHAITÉE) AVEC DIVERSES DÉCLARATIONS SUR LA VBG ET SUR LES SURVIVANTES DE VBG

	Résultats de la formation sur la prise en charge de cas de VBG		Entretiens	
Affirmation	Pré-test (N=322)	Post-test (N=322)	De référence (N=30)	Final (N=17)
Si un survivante de la VBG déclare qu'elle a été violée, mais elle ne souhaite pas se rendre à la police, c'est probablement parce qu'elle n'a pas été violée.	71	81**	13	94***
Les survivantes de la VBG sont trop traumatisées pour prendre de saines décisions concernant leurs soins médicaux.	31	37	73	71
Le viol arrive parfois par la faute de la victime (si elle porte une jupe courte, va en boite de nuit, etc.).	51	77***	37	94***
*p<.05; **p <.01; ***p<.001				

Normes équitables entre les deux sexes à l'échelon communautaire

Une comparaison des résultats des pré-tests et post-tests des ateliers MAP suggère une évolution vers des normes équitables entre les deux sexes parmi les participants. Au sein des responsables communautaires, on a pu observer une augmentation particulièrement significative des réponses souhaitées à la plupart de questions concernant la violence domestique et l'égalité des chances en termes d'accès pour les hommes et les femmes (Tableau 2). Les réponses parmi

les miniers, les travailleurs des plantations de thé et les chauffeurs de taxi qui ont pris part aux ateliers MAP ont considérablement augmenté, avec des accroissements de point de pourcentage parmi les hommes dépassant ceux figurant chez les chefs communautaires (Tableau 2).

La part de responsables communautaires qui ont donné la réponse souhaitée à l'ensemble des six questions reflétant la connaissance de la VBG a augmenté de 7.2 points de pourcentage, tandis que les réponses similaires données

TABLEAU 2. POURCENTAGE DE PARTICIPANTS MAP SIGNALANT DES ATTITUDES ÉQUITABLES ENTRE LES
DEUX SEXES AVANT ET APRÈS L'ATELIER, PAR TYPE DE PARTICIPANT

DEOX SEALS AVAILED ALVIN	LS E ATELIEN, TA	II THE DE IMI	TICITAIT				
	Leaders communautaires		Miniers, travailleurs des planta- tions de thé, et chauffeurs de taxi				
	Pré-test (N=339)	Post-test (N=341)	Pré-test (N=680)	Post-test (N=655)			
% de participants en désaccord avec l'affirmation selon laquelle est un mari peut frapper ou battre sa femme si elle :							
Sort sans le lui dire	60.8	68.0	53.4	65.5***			
Se dispute avec lui	75.8	80.4	62.7	71.8***			
Refuse d'avoir un rapport sexuel avec lui	61.1	70.4*	61.6	75.4*			
Laisse brûler le repas	68.1	76.3*	68.1	76.6***			
Néglige les enfants	50.7	58.9*	47.8	56.5**			
% de participants qui étaient en désaccord avec l'ensemble des cinq questions	37.8	49.6***	18.1	36.0***			
% de participants en désaccord avec les affirmations suivantes :							
Les femmes ne devraient pas avoir les mêmes droits que les hommes et bénéficier du même traitement que les hommes.	77.3	83.9*	50.0	76.5***			
Globalement, les hommes sont de meilleurs leaders politiques que les femmes et devraient être élus en lieu et place des femmes.	67.0	74.5*	36.2	56.6***			
En période de pénurie d'emplois, les hommes doivent avoir plus de droits que les femmes pour accéder au travail.	66.4	73.9*	43.4	63.5***			
% de participants, en désaccord avec l'ensemble des trois affirmations	44.3	58.4***	13.8	38.2***			
*p<.05; **p<.01; ***p<.001							

TABLEAU 3. POURCENTAGE DES PARTICIPANTS DE MAP DONNANT LES RÉPONSES SOUHAITÉES AUX DÉCLARATIONS SUR LES CONNAISSANCES ET ATTITUDES RELATIVES À LA VFG ET LES SURVIVANTES DE LA VFG, AVANT ET APRÈS L'ATELIER, PAR TYPE DE PARTICIPANT

VFG, AVANTET APRES L	ATELIEN, PAR	I TPE DE PARTICI	PAINI				
	Leaders communautaires		Miniers, travailleurs des planta- tions de thé, et chauffeurs de taxi				
Affirmation	Pré-test (N=339)	Post-test (N=341)	Pré-test (N=680)	Post-test (N=655)			
% de participants en désaccord avec les déclarations suivantes							
Les femmes qui ont des préservatifs en leur possession sont des femmes « faciles ».	52.5	56.6	36.9	53.4***			
Un homme doit avoir plusieurs petites amies avant de se marier.	83.5	89.4*	65.3	77.3***			
Le viol est parfois causé par la victime elle-même.	68.7	75.4	61.0	75.0***			
Si votre ami sort avec une jeune fille de 16 ans, ce n'est pas votre problème car il ne s'agit pas de votre enfant.	24.5	26.4	45.3	50.2			
La violence domestique relève de la vie privée.	87.0	88.9	74.4	85.6***			
Les rôles de femmes au sein de la société doit être déterminé par leurs attributions biologiques.	55.6	67.5	35.9	58.9***			
Pour des raisons physiologiques, les hommes ne peuvent pas contrôler leurs pulsions sexuelles.	N/A	N/A	38.8	49.2***			
Le fait de draguer une personne qui est sous votre autorité est un acte de violence.	N/A	N/A	33.2	20.5***			
Je me sens à l'aise pour discuter de la sexualité avec mon partenaire et mes amis. [†]	N/A	N/A	64.9	83.2***			
% donnant les réponses souhaitées à l'ensemble des affirmations figurant ci-dessus	5.3	10.6	0.4	0.5			
% de participants donnant les réponses souhaitées aux	affirmations relat	ives au consentem	ent				
Seul l'homme doit décider quand le couple aura des rapports sexuels.	77.8	83.9	60.9	80.9***			
Si une femme est ivre, elle ne peut pas vraiment donner son consentement pour avoir un rapport sexuel.†	52.8	51.0***	49.0	44.3			
Les femmes et les hommes ont toujours le droit de dire « non » aux relations sexuelles, à n'importe quel mo- ment, même après qu'ils ont commencé. [†]	59.0	58.1	58.5	82.4***			
% donnant les réponses souhaitées à l'ensemble des trois questions	23.6	29.3	16.3	32.1***			
% de participants donnant les réponses souhaitées aux	affirmations relat	ives à la connaissa	nce de la VBG				
Des hommes et les jeunes hommes figurent parmi les victimes de violences basées sur le genre. [†]	86.1	90.6	77.7	86.0***			
La plupart des viols sont commis par des étrangers.	86.1	90.3	62.5	76.0***			
La violence basée sur le genre est un grave problème de santé.†	89.1	92.7	82.2	90.4***			
La cause structurelle de la violence sexuelle est le statut inférieur des femmes dans la société.†	44.9	46.0	N/A	N/A			
Les individus peuvent faire évoluer les comportements socialement construits.†	N/A	N/A	79.3	89.2***			
Les hommes qui abusent de l'alcool sont à plus haut risque par rapport au VIH.†	84.1	89.2	83.1	89.9***			
La violence sexuelle n'a des conséquences que pour les vies des victimes.	70.2	73.9	69.1	80.8***			
% donnant les réponses souhaitées à l'ensemble des six questions	19.5	26.7*	26.2	47.6***			

[†] indique que les réponses souhaitées correspondaient au fait d'être d'accord. Toutes les autres réponses souhaitées correspondaient au fait de ne pas être d'accord.

^{*}p<.05; **p<.01; ***p<.001

par les travailleurs s'est accru de 21.4 points de pourcentage (Tableau 3). Les chefs communautaires donnant les réponses souhaitées à l'ensemble des six questions liées aux attitudes en matière de VBG ont également contribué à une augmentation de 5.3 points de pourcentage, alors que le pourcentage d'hommes donnant les réponses souhaitées à une des neuf questions sur les attitudes relatives à la VBG dans leurs tests a subi un changement minime. Les questions portant sur le consentement indiquent un changement positif limité, voire la possibilité d'une évolution vers des normes néfastes pour les deux groupes, bien qu'il y ait eu un changement positif chez ceux qui ont donné la réponse souhaitée aux trois questions sur le consentement.

DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS

Globalement, les résultats montrent que les services destinés aux survivantes de VBG et les normes équitables entre les deux sexes se sont améliorés dans la communauté. La comparaison entre les résultats des enquêtes initiales et finales indique que les prestataires avaient plus de connaissances sur la prise en charge des cas de VBG, et sont plus susceptibles d'orienter les clients vers d'autres types de services et de disposerde fournitures et équipements adaptés. En outre, les réponses à la plupart des questions des pré-tests et post-tests parmi les prestataires, les responsables communautaires, les miniers, les travailleurs des plantations de thé, et les chauffeurs de taxi ont indiqué une évolution vers des normes plus équitables entre les deux sexes. En général, les travailleurs des plantations, les miniers et les chauffeurs de taxi ont montré l'amélioration la plus notable.

Malgré ces résultats positifs, des progrès restent à faire pour améliorer les connaissances et compétences des prestataires, le stock de fournitures et d'équipements nécessaires au traitement dans les structures sanitaires, et en ce



Les miniers qui ont participé aux ateliers MAP dans la province de Kayanza

qui concerne les attitudes équitables entre les deux sexes, en particulier pour ce qui est du consentement. De plus, étant donné que les participants ont terminé le post-test juste après la formation ou l'atelier, il est possible qu'ils aient donné des réponses qui leurs paraissaient être les réponses souhaitables. Le manque de tests complémentaires à la suite des ateliers MAP limite notre capacité à évaluer le degré de pérennité de ces changements. De même, le succès de la formation sur la prise en charge des cas de VBG pourrait davantage être démontré par le suivi des visites de supervision clinique et celui des prestataires formés à des points pré-déterminés à la suite de la formation. Dans l'ensemble, les résultats montrent que plusieurs étapes s'avèrent nécessaires afin de poursuivre la consolidation de la lutte du secteur sanitaire contre la VBG et des normes d'égalité entre les deux sexes dans la communauté.

Dans la commune rurale de Giteranyi, une institutrice âgée de 30 ans dénommée Rizabeti (nom modifié pour préserver l'anonymat et l'intimité) travaille comme bénévole auprès d'une association locale de femmes. Les femmes et les hommes viennent la voir pour trouver des solutions à leurs problèmes ou faire part de leur préoccupation concernant des membres de la communauté, qui sont généralement en rapport avec la violence domestique.

En juillet 2013, le projet RESPOND a rassemblé Rizabeti avec 24 leaders communautaires lors d'un atelier de deux jours pour responsables communautaires visant à améliorer la qualité des services pour les survivantes de la violence sexuelle. Après l'atelier, Rizabeti et d'autres participants ont rencontré les prestataires de soins dans leurs centres de santé locaux pour une visite guidée ; à ce moment-là ils ont été informés des services que le personnel de santé pouvait désormais offrir aux survivantes de violence sexuelle après avoir été formés par le projet RESPOND.

Grâce à la réunion avec les prestataires de soins, elle a déclaré, « Maintenant que nous savons où aller lorsque nous amenons une survivante dans un centre de santé. La survivante ne doit pas faire la queue et elle peut directement s'adresser au prestataire. Les prestataires nous ont même donné leurs numéros de téléphone et nous ont dit de les appeler si une survivante se présentait. » Rizabeti a souligné qu'elle avait également découvert les périodes d'intervalles pour la prophylaxie post-exposition contre le VIH et la contraception d'urgence.

En tant qu'institutrice, Rizabeti a intégré dans les cours d'éducation sexuelle qu'elle enseigne les connaissances qu'elle a acquises grâce au projet RESPOND.

Renforcer la réponse du secteur sanitaire face à la VBG

- Les prestataires doivent participer aux ateliers de MAP outre la formation sur la prise en charge des cas de VBG, pour développer la sensibilisation à l'égard des normes équitables entre les deux sexes.
- La supervision et un suivi accrus sont recommandés pour les prestataires qui ont été formés en matière de prise en charge des cas VBG.
- Les structures sanitaires de soins doivent être mieux équipés en fournitures et équipements pour réduire le nombre de cas orientés vers d'autres structures.

Promouvoir les normes équitables entre les deux sexes dans la communauté

- Au fil du temps, les ateliers de recyclage doivent être organisés pour ceux qui ont déjà été sensibilisés au renforcement des normes équitables entre les deux sexes.
- Des efforts supplémentaires de suivi et d'évaluation devraient être conduits pour évaluer la durabilité des changements en matière de normes équitables entre les deux sexes après la participation aux ateliers MAP.
- Les ateliers destinés aux leaders communautaires doivent être ajustés à un planning de quatre jours similaire à celui des miniers, des travailleurs des plantations de thé et des chauffeurs de taxi.

Alors que les efforts visant à réduire la VBG et consolider les services mis en œuvre pour les survivantes de la VBG se poursuivent, il est important de reconnaître que les normes sociales

changeantes constituent un processus progressif qui nécessite un renforcement au sein de la communauté et dans le secteur sanitaire, de même qu'un suivi et une évaluation exhaustifs de ces efforts.

RÉFÉRENCES

ACQUIRE Project et Promundo. 2008. Engaging Boys and Men in Gender Transformation: The Group Education Manual. [Faire participer les garçons et les hommes à la transformation des rôles masculins et féminins: manuel d'éducation pour le travail en équipe]. New York: EngenderHealth.

Action des Chrétiens pour l'Abolition de la Torture (ACAT Burundi) et Organisation Mondiale Contre la Torture (OMCT). 2008. NGO report on violence against women in Burundi [Rapport d'une ONG sur la violence contre les femmes au Burundi].

Ellsberg, M., et Betron, M. 2001. Spotlight on gender: Preventing gender-based violence and HIV: Lessons from the field. Arlington, VA: AIDSTAR-One.

Institut de Statistiques et d'Études Économiques du Burundi (ISTEEBU), Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida [Burundi] (MSPLS), et ICF International. 2012. *Enquête Démographique et de Santé Burundi 2010*. Bujumbura, Burundi.

The RESPOND Project. 2012. Services for sexual violence survivors in Kayanza and Muyinga provinces, Burundi. New York: EngenderHealth. [Projet RESPOND. Services destinés aux survivantes de la violence sexuelle dans les provinces de Kayanza et Muyinga, Burundi.]

Citation suggérée :

Le Projet RESPOND. 2014. Prévention et lutte contre la violence basée sur le genre dans deux provinces du Burundi. *Résumé du Projet RESPOND Nº 23*. Août. New York : EngenderHealth (Le Projet RESPOND).



Partenaire gérant : EngenderHealth ; Partenaires associés : FHI 360 ; Futures Institute ; Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Center for Communication Programs ; Meridian Group International, Inc. ; Population Council



Cette publication a été possible grâce au généreux soutien du peuple américain par l'intermédiaire de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), selon les termes de l'accord de coopération GPO-A-000-08-00007-00. Les opinions exprimées dans le présent document sont celles de l'éditeur et ne reflètent pas nécessairement les vues de l'USAID ou le gouvernement des États-Unis.

© 2014 EngenderHealth (Le Projet RESPOND). Ce(tte) œuvre est mise à disposition selon les termes de la Licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Partage dans les Mêmes Conditions 3.0 non transpose. Pour voir une copie de cette licence, visitez http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/.

Auteur: Nichelle Walton

Relecteurs : Fabio Verani, Ellen Brazier, Melanie Yahner, Caitlin Shannon, Laura Nurse, et Marie-Christine Ntagwirumugara

Éditeur : Michael Klitsch

Conception/mise en page : Elkin Konuk

Crédits photo : Page 1, J. Mujiji/EngenderHealth. Page 4, A. Jackson/EngenderHealth. Page 7, L. Nurse/EngenderHealth.

La carte figurant en page 2 est tirée de eMapsWorld, www.emapsworld.com.