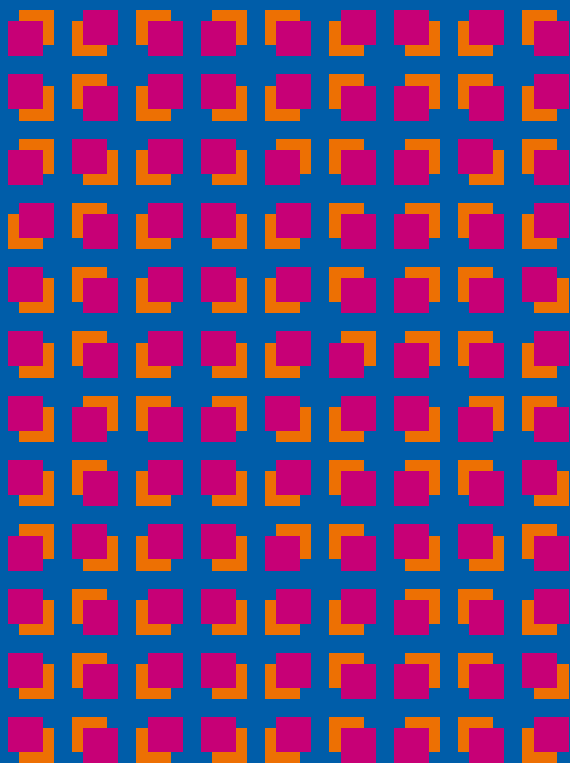


PRISE EN CHARGE MÉDICALE DES VIOLENCES SEXUELLES EN CONTEXTE DE CRISE

ANALYSE DES FACTEURS AFFECTANT LES DÉLAIS D'ACCÈS
AUX SERVICES DANS L'ÉTAT DU BORNO, NIGÉRIA



RÉSUMÉ EXÉCUTIF



REMERCIEMENTS

Cette publication est basée sur une étude soutenue et financée par la Fondation Médecins du Monde, et menée en partenariat avec Médecins du Monde France (MdM-F). Ce processus de recherche n'aurait pas été possible sans nos contributeur.trices, nos équipes de recherche sur le terrain et les participant.es à la recherche. Nous remercions la mission de MdM-F au Nigéria et le personnel qui a participé à l'étude par leur soutien technique et logistique à Maiduguri et Damboa. L'immense contribution d'Aurélié Leroyer, Sandrine Tonoukouin, Faliny Johnson Madugu et Billy Francis Graham à la réussite de ce projet est également reconnue. Enfin, nous souhaitons remercier Sylvia Adebajo, Chi-Chi Undie pour leurs conseils et leur soutien techniques.

CHERCHEUR-SES ET PARTENAIRES

Cette étude a été conçue et réalisée par le Population Council en collaboration avec Médecins du Monde. Le Population Council a été le chercheur principal sur ce projet. Il a défini la méthodologie et les procédures opérationnelles standard de l'étude, et a joué un rôle dans sa réalisation, notamment la formation des chercheur-ses, l'assistance technique, le suivi des activités sur le terrain et l'analyse des données. Médecins du Monde a accompagné la formation, l'orientation en matière de sécurité, le recrutement et le suivi des participant-es et la coordination logistique. L'association *Women in the New Nigeria and Youth Empowerment Initiative* (WINN) a facilité la mobilisation communautaire et le recrutement de participant-es. Médecins du Monde a assuré la coordination des organisations humanitaires pour les réunions liées à la recherche et sa diffusion.

FINANCEMENT

Cette recherche a été financée par la Fondation Médecins du Monde.

COMITÉ DE RÉDACTION

Rédactrice principale du rapport : Dr Osasuyi Dirisu (Population Council).

Contributeur-trices : Mayokun Adediran (Population Council), Akinwumi Akinola (Population Council) et Solomon Kongyamba (Population Council).

Conception graphique et mise en page : Christophe Le Dreaan.



CONTEXTE

Les violences sexuelles et liées au genre (VLG) sont un problème de santé publique mondial qui affecte de manière disproportionnée les femmes avec des conséquences négatives sur la santé, le bien-être, les droits humains et le développement. En 1992, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) définissait les VLG comme . La CEDAW a révisé cette définition pour refléter le fait que les VLG affectent les femmes de manière disproportionnée. Il existe cinq formes de violence : sexuelles, physiques, économiques, émotionnelles et psychologiques, et les pratiques traditionnelles nuisibles. Elles trouvent leur source dans des relations de pouvoir inégales, l'attribution par la société de rôles qui soumettent les femmes et génèrent des inégalités entre les sexes. Une femme sur trois aurait été victime de violences physiques et/ou sexuelles de la part d'un partenaire intime ou de violences de la part d'un partenaire non sexuel en 2013. Les résultats de l'Enquête Démographique et Sanitaire au Nigéria montrent que la proportion des femmes de 15 à 49 ans qui déclarent avoir subi de la violence physique est passée de 28 % en 2008 à 31 % en 2018. Ces estimations sont probablement prudentes, car les femmes ont tendance à sous-déclarer les expériences de violence.

Les rapports et inégalités de genre sont renforcés dans les situations de conflit et d'après conflit, ce qui entraîne une augmentation des violences sexuelles et liées au genre. Les personnes déplacées à l'intérieur du pays (PDI) sont encore plus vulnérables à ces violences, en raison des situations spécifiques auxquelles elles font face en termes de perte d'opportunités socio-économiques, de logement, de sécurité et de séparation de la famille. Le conflit violent et l'insurrection dans le nord-est du Nigéria ont amené 7,7 millions de personnes à avoir besoin d'une assistance humanitaire et d'une protection dans les États de Borno, Adamawa et Yobe (BAY). En mai 2019, il y avait environ 2 millions de PDI, et 80 % du total des PDI étaient des femmes et des enfants. L'insurrection a entraîné des enlèvements massifs, le recours

à la prostitution de survie, la prostitution forcée, des mariages forcés et d'enfants, des agressions physiques, mentales et sexuelles. Rien qu'en 2019, environ 3 millions de personnes sont estimées comme ayant besoin d'être protégées contre les VLG dans le nord-est du Nigéria.

Le contexte des VLG dans le nord-est du Nigéria est mal compris, et le développement de stratégies fondées sur des données probantes pour répondre aux besoins médicaux et psychosociaux des survivant-es de VLG est nécessaire de toute urgence. La méconnaissance des services disponibles, la stigmatisation et le manque de confiance en soi (auto-efficacité) pour engager des conversations sur le viol avec les prestataires de santé sont des facteurs qui peuvent limiter le recours aux services de soutien médical et psychosocial (SPS). Cette étude a documenté les obstacles à l'accès aux services médicaux et psychosociaux pour les survivant-es de violence VLG dans l'État du Borno, au Nigéria, en particulier dans le délai critique de 72/120 heures pour la prise en charge médicale des violences sexuelles. Elle énonce des recommandations pour développer des interventions de prévention primaire et secondaire aux besoins des personnes exposées aux VLG.

MÉTHODOLOGIE

L'étude a utilisé une approche narrative qualitative pour comprendre le contexte des VLG et les obstacles à l'accès aux services de santé dans quatre camps de personnes déplacées situés dans trois gouvernements locaux (Damboa, Maiduguri et Jere) dans l'État de Borno. Des entretiens approfondis ont été menés avec des survivant-es de VLG auto-identifié.es, qui avaient déjà accédé aux services et d'autres n'y ayant pas eu accès. Des groupes de discussion ont été menés parmi les membres de la communauté et des entretiens avec des informateur-trices clés ont permis d'obtenir les points de vue des prestataires de services et des différentes parties prenantes sur le contexte des VLG dans l'État du Borno. L'étude a rassemblé les statistiques des services

aux survivant-es dans les cliniques de Médecins du Monde, afin d'analyser les profils des survivant-es et les modèles d'utilisation des services. Des statistiques descriptives ont été utilisées pour résumer ces données, et les entretiens qualitatifs ont été enregistrés numériquement, transcrits, transférés vers le logiciel NVIVO 12 et analysés à l'aide d'une analyse narrative et thématique. L'approbation éthique a été obtenue du Comité d'éthique de la recherche du Population Council ainsi que du Comité d'éthique de la recherche en santé de l'hôpital universitaire de Maiduguri.

RÉSULTATS

Les résultats ont montré que le recours aux services était confronté à des barrières personnelles, familiales, communautaires et institutionnelles à plusieurs niveaux, ainsi qu'à des dynamiques de genre et de pouvoir. La stigmatisation, la méconnaissance de l'importance d'un accès en temps opportun à une prise en charge médicale en cas de viol, la peur des conséquences de la divulgation et le pouvoir décisionnel limité des femmes sur leur propre santé et bien-être sont autant d'obstacles à l'accès aux services dans les délais. Les inégalités de pouvoir au sein de la communauté affectent la perception qu'ont les femmes d'elles-mêmes et leur capacité à prendre des décisions concernant leur santé. Parmi les familles, la position prévalente consiste à dissimuler le viol pour protéger la réputation familiale et éviter la stigmatisation dans la communauté. Cette culture du silence est renforcée par des facteurs socio-économiques tels que la pauvreté et l'endettement familial envers les prétendants potentiels, qui limitent leur capacité à divulguer ou à discuter des VLG pour permettre le recours aux soins. Les structures communautaires, qui encouragent le blâme des victimes et l'ostracisation des survivant-es et de leurs familles, ont façonné les normes sociales qui sont à l'origine des VLG et limitent la capacité des survivant-es à demander de l'aide. Le manque d'accès à la justice en cas de viol contribue à normaliser la violence et permet aux auteurs de continuer à violer les droits des femmes et des

filles. Les longues attentes dans les cliniques, le manque d'empathie des agents de santé, le sexe du prestataire de santé (lorsqu'il s'agit d'hommes), la barrière de la langue et une mauvaise intégration des services dans l'offre de soins ont été identifiés comme obstacles institutionnels à l'accès aux services pour les survivant-es.

CONCLUSION

Cette étude met en évidence les principaux obstacles à l'accès à la prise en charge médicale du viol dans la fenêtre critique de 72/120 heures. Il est important de sensibiliser davantage à la nécessité d'un accès à cette prise en charge dans les 72/120 heures, ainsi que d'identifier et de surmonter les obstacles institutionnels à l'accès aux services. Des programmes d'éducation communautaire participative devraient être développés pour mobiliser les familles et les communautés sur les enjeux de santé, de droits humains et droits des femmes, la disponibilité de services confidentiels pour les survivant-es et l'élimination des obstacles potentiels à l'accès aux soins de santé. Malgré les défis intrinsèques à la prestation de services de santé dans des structures temporaires au sein des camps de déplacé-es internes, la mise en place de mécanismes pour collecter les retours et appréciations des usager-es des services est un moyen précieux de combler les lacunes des services et d'améliorer la qualité des soins.

RECOMMANDATIONS

1. Les programmes d'éducation communautaire participative devraient se concentrer sur la déstigmatisation et la démystification des conversations sur le viol, pour aborder les normes culturelles et sociales qui favorisent la dissimulation du viol. Cela améliorera l'utilisation des services et éliminera les obstacles potentiels à l'accès aux soins de santé. Il est important de garantir une communication claire et la diffusion de messages appropriés aux communautés sur les avantages de la prise en charge médicale.
2. Les programmes d'éducation à la santé devraient cibler les familles, et pas seulement les individu-es, en utilisant une approche participative pour garantir que les survivant-es puissent discuter sans crainte au sein du foyer et recevoir un soutien familial pour faciliter l'accès aux soins. Ces programmes devraient également aborder des questions plus larges liées à la santé et aux droits des filles, en particulier en ce qui concerne le mariage forcé et les opportunités d'*empowerment* éducatif et économique.
3. Les composantes clés des soins de santé aux survivant-es de VLG devraient être disponibles et bien intégrées aux services de référence, afin de garantir la possibilité d'une continuité des soins, et d'éviter l'accumulation de barrières à différents niveaux de prise en charge.
4. La formation et le recyclage des prestataires de services sont importants pour s'assurer qu'ils sont à jour avec les meilleures pratiques pour la fourniture de soins de qualité, confidentiels et empathiques, tenant compte des enjeux culturels, de genre et de communication.
5. Les survivant-es ont exprimé leur préoccupation d'être vu-es visitant les cliniques pour bénéficier d'une prise en charge médicale : l'intégration de cette prise en charge dans des espaces neutres au sein des centres de santé peut aider à répondre à cette préoccupation et éviter que d'autres membres de la communauté soupçonnent une VLG.

