

## **Approche interculturelle dans un projet d'amélioration des soins de santé aux victimes de violences sexuelles au Congo**

### **1. Contexte**

Cette contribution se propose de discuter du lien entre interculturalité et rapports de genre dans le cadre d'un projet de développement mené dans la région de l'Est de la République démocratique du Congo et visant à « l'amélioration de la qualité de la prise en charge (PEC) médicale et psychosociale des victimes de violences sexuelles (VVS) par la mise en place de services de soins intégrés de qualité », financé par l'Union européenne et mis en œuvre, entre novembre 2011 et mai 2013, par l'ONG Oxfam Novib<sup>1</sup>, en partenariat avec l'ONG belge ULB-Coopération<sup>2</sup>.

#### **1.1. La situation des violences sexuelles à l'Est de la RD Congo**

La région du Kivu, située à l'Est de la RD Congo, connaît depuis des décennies un contexte sécuritaire, sanitaire, politico-économique et social en perpétuelle dégradation. Cette situation se caractérise entre autres par des violences sexuelles graves à l'encontre des femmes et des filles, et ce initialement, dans le cadre d'une stratégie de guerre planifiée afin de détruire les liens communautaires (Fargnoli, 2012 ; Moufflet, 2008). En effet, dans de nombreux cas, les femmes et les filles violées sont rejetées par leur mari et/ou leur famille, et exclues de leur communauté, d'abord à cause de la « souillure » que représente le viol aux yeux de l'entourage, mais également à cause des conséquences physiologiques, comme les grossesses non désirées (et les avortements à risque), le VIH et autres IST, la destruction de l'appareil génital (mutilation, fistule entre autres), stérilité et/ou douleurs en cas de rapports sexuels<sup>3</sup>, qui handicapent les femmes et les filles au quotidien (incontinence, odeur de selles, etc.). Les organisations d'urgence et de développement et la communauté internationale ont, d'ailleurs, tristement, surnommé la région « la capitale mondiale du viol ». Ainsi, depuis plusieurs années, la population et certain-e-s professionnel-le-s de la santé observent, impuissant-e-s, la pratique des violences sexuelles s'étendre en-dehors du cadre strict du conflit et de la guerre pour s'intégrer progressivement dans les normes sociales. Par exemple, lors d'entretiens que j'ai menés avec des victimes de violences sexuelles et des prestataires de soins, quelques cas de viol de jeunes filles, suivi d'un mariage entre la jeune fille et son violeur ont été mentionnés. On pourrait faire l'hypothèse que le viol suivi d'un mariage constitue une sorte de « stratégie socio-économique » de la part de certains jeunes hommes : en raison de la situation économique et sécuritaire qui prévaut, certains jeunes hommes (et leur famille) ne seraient pas en capacité de réunir la dote pour le mariage ; un viol suivi d'un arrangement avec la famille de la victime permettrait « d'obtenir une épouse à moindre coût ». Il apparaît dès lors que les normes sociales, notamment celles liées au rapport de genres et aux représentations du corps de la femme et de la jeune fille, aient été durablement affectées par cette pratique. Un rapport rédigé par

---

<sup>1</sup> [www.oxfamnovib.nl](http://www.oxfamnovib.nl)

<sup>2</sup> [www.ulb-cooperation.org](http://www.ulb-cooperation.org)

<sup>3</sup> De nombreux rapports des Nations Unies (UNFPA, OMS, UNICEF, etc.) et des organisations nationales (Lofepaco, Synergie Goma, COFAS, etc.) et internationales (CICR, Amnesty International, Médecins du Monde, etc.), ainsi que de nombreux témoignages de survivantes, démontrent cette réalité du rejet.

Douma et Hilhorst (2012) arrive aux mêmes conclusions « Si les violences sexuelles infligées par les civils peuvent être liées aux séquelles de la guerre, elles trouvent des causes supplémentaires dans la « normalité » des relations basés sur le genre en RDC où la marge de manœuvre de la femme dans le contexte social, politique et culturel reste très limitée » (Douma & Hilhorst, 2012, p.8).

Mais pour toutes les victimes prises en charge dans le cadre de ce projet, les conséquences physiques et psychologiques pour elle-même et leur entourage sont dévastatrices. Sur le plan psychologique, les violences sexuelles génèrent pour la victime du stress, des cauchemars, une faible estime de soi, de la culpabilité, de la peur, un sentiment d'insécurité ou encore des pensées suicidaires (avec passage à l'acte dans certains cas). Les violences sexuelles sont, en outre, souvent accompagnées de violences physiques et psychologiques : coups, menaces, insultes, vol de leurs biens, destruction, etc.

De nombreuses associations, locales, nationales, internationales interviennent à différents niveaux - sanitaires, économiques, juridiques, etc. - pour venir en aide aux victimes de violences sexuelles. Cependant, les dispositifs d'action manquent souvent de coordination, et ne sont pas toujours adaptés aux besoins des femmes et des jeunes filles victimes de violences sexuelles : peu d'anonymat dans la prise en charge (les lieux d'accueil et d'écoute sont généralement connus dans la communauté), prise en charge partielle des conséquences des violences sexuelles (les violences physiques sont prises en compte mais moins les violences psychologiques, économiques, etc.) En outre, de nombreux obstacles - socio-économiques, géographiques mais également socio-culturels, qui limitent déjà l'accès des populations aux soins de santé en temps normal, sont d'autant plus importants en période de conflit, pour les victimes de violences sexuelles, et les empêchent d'être prises en charge de façon optimale, dans un délai le plus court possible, à moindre coût, voir gratuitement, et dans le respect de leurs besoins et de leurs valeurs : peur de se faire de nouveau agresser en se rendant au centre de santé, pas de moyens financiers suffisants, crainte d'être « dénoncée » et stigmatisée, etc..

Si, comme nous venons de le mentionner, la prise en charge des survivantes des violences sexuelles existe, en dépit de certaines difficultés et obstacles, presque rien n'est entrepris en amont, en matière de prévention et de sensibilisation pour empêcher et faire cesser ces violences sexuelles, et pour que les femmes et les jeunes filles ne soient plus victimes de violences sexuelles dans le cadre de leur vie quotidienne (en allant chercher de l'eau, en se rendant à l'école ou au champ, etc.). Les initiatives visant, par exemple, à travailler avec les hommes, les jeunes garçons sur les normes sociales en lien avec la masculinité, les représentations de la sexualité et des relations entre hommes et femmes, etc. restent rares. Les violences sexuelles perdurent donc, entre autres, par manque d'actions (politique, juridique, etc.) en vue de sensibiliser les hommes et les femmes à ces sujets (et à cause de l'impunité également). Un grand nombre d'interventions se concentrent sur l'aide et l'accompagnement une fois les violences commises.

Face à la persistance des cas de violences sexuelles envers les femmes et les jeunes filles, il apparaît donc que ce phénomène n'est plus uniquement lié au conflit, qu'il va encore perdurer indépendamment de la situation sécuritaire, et que les organisations d'aide humanitaire et de développement ne peuvent pas indéfiniment se substituer aux institutions

étatiques en matière de prévention et de prise en charge. L'objectif de notre projet était donc d'améliorer la prise en charge des victimes de violences sexuelles par les prestataires de soin dans les centres de santé publics de la zone de santé de Kirotshé, sous l'angle médical mais également psycho-social, c'est-à-dire dans une approche plus intégrée des soins de santé primaires en vue de prévenir les violences sexuelles.

Enfin, il est important de noter, pour bien comprendre ce phénomène, que le nombre de femmes et de jeunes filles qui ont été et sont encore victimes de violences sexuelles depuis le début du conflit au Kivu reste sujet à discussion, les différences entre les multiples chiffres et statistiques publiés par les différents organismes (ONG, Nations Unies, gouvernement, etc.) ne permettent pas d'avoir une vision précise de la situation. Le chiffre des victimes de violences sexuelles représente un enjeu en soi, pour les organisations humanitaires et de développement nationales et locales, le gouvernement ou encore les bailleurs de fonds : la prise en charge des victimes de violences sexuelles draine des montants financiers importants et certain-e-s ont intérêt à déclarer un nombre élevé de victimes (d'autant que la collecte de données en tant que telle, dans un contexte instable et de précarité reste difficile) (Douma & Hilhorst, 2012).

## **1.2. Le projet d'amélioration des soins de santé destiné aux victimes de violences sexuelles dans la zone de santé de Kirotshé**

Le projet prévoyait de nombreuses actions menées par l'équipe sur le terrain en matière de réhabilitation de centre de santé, de fourniture de matériel et de médicaments, de formation du personnel de santé, etc. Il s'agissait également de s'assurer que les soins de santé délivrés aux femmes et aux filles victimes de violences sexuelles soient acceptables pour elles c'est à dire des services de santé qui respectent leur anonymat, du personnel de santé formé pour écouter et recevoir les femmes et les filles, assurer la confidentialité et l'intimité de la consultation, des soins qui répondent aux besoins et aux préoccupations des victimes de violences sexuelles, dans un délai de 72h pour limiter les conséquences sur leur santé. Pour cela, une des priorités était de mieux connaître et comprendre les besoins et les attentes des femmes et des filles victimes de violences sexuelles en matière de santé et d'accès aux soins de santé.

Notons que certains cas d'hommes et de garçons victimes de violences sexuelles ont également été rapportés par les autorités et les associations mais il n'existe pas de données chiffrées qui permettent de mesurer l'ampleur de ce phénomène, et il s'avère encore plus tabou que les violences sexuelles à l'égard des femmes et des filles. Le projet dont cet article fait l'objet visait donc exclusivement les femmes et les filles.

## **2. Cas pratiques**

Dans le cadre de ce projet, plusieurs missions d'expertise ont été menées par ULB-Coopération sur le terrain pour identifier les besoins et les attentes des victimes de violences sexuelles, analyser les perceptions des professionnel-le-s de santé ou encore, étudier les possibilités de réponse et d'adaptation au niveau des structures sanitaires et du système de santé, et proposer des stratégies et des recommandations pour une meilleure mise en œuvre du projet par l'équipe de terrain. Certaines de ces missions ont adopté une perspective et des méthodes issues de la socio-anthropologie (entretiens approfondis, observation, etc.). A

travers des entretiens semi-directifs avec des victimes de violences sexuelles<sup>4</sup>, des relais communautaires<sup>5</sup>, des membres d'associations locales œuvrant pour la santé des femmes et des professionnel-le-s de santé<sup>6</sup>, des éléments de compréhension ont pu être dégagés, sans toutefois pouvoir être étendus à l'ensemble de la situation des femmes et des filles victimes de violences sexuelles à l'Est de la RDC.

Dans la suite de cette contribution, nous aborderons 4 thématiques qui sont ressorties des entretiens : 1) « Accueil et premier contact avec les services de santé », ce point explore certains éléments qui limitent le recours aux services de santé pour les victimes de violences sexuelles et des stratégies pour les améliorer, 2) « Confidentialité et anonymat » dans lequel nous procédons à l'analyse des processus mis en place pour lutter contre la désignation des survivantes lors de leurs contacts avec les services de santé, 3) « Grossesse non désirée et transmission du VIH » présentant l'importance du recours aux soins de santé dans les 72h pour limiter les risques pour la santé, et enfin, 4) « Médiation familiale » présentant des initiatives visant à faciliter le réinsertion des victimes de violences sexuelles.

## 2.1. Accueil et premier contact avec les services de santé

Les échanges avec les acteurs et les actrices impliqué-e-s dans le projet ont permis de mettre en évidence les premières difficultés qui se présentent aux femmes et aux filles victimes de violences sexuelles pour qu'elles puissent recourir au centre de santé le plus proche :

- (i) L'aspect financier – qui va payer les soins de santé pour la prise en charge de la femme ou de la fille ? – sachant que généralement ce n'est pas la femme qui décide de l'utilisation des ressources et des revenus du ménage et de la famille, mais plutôt le mari ou la belle-mère.
- (ii) La distance à parcourir pour rejoindre un centre de santé et le risque que cela peut représenter, tenant compte de l'état de santé de la personne et du risque de se déplacer dans une région instable avec la crainte d'être à nouveau victime de violences sur le chemin.
- (iii) De plus, les jeunes filles mineures et/ou non mariées ne sont pas autorisées, légalement (un-e professionnel-le de santé ne peut pas recevoir un mineur tout-e seul-e et lui prescrire un traitement et/ou lui faire un examen) et socialement (une fois pubère, la jeune fille voit ses déplacements et ses rencontres surveillés et encadrés par sa famille), à se rendre seules à une consultation, ce qui amène la plupart des victimes à se rendre au centre de santé uniquement si elles peuvent être accompagnées (par un proche ou une personne de confiance dans la communauté) ; cela implique de dévoiler sa situation à certaines personnes quand les victimes cherchent à préserver leur anonymat.

---

<sup>4</sup> Six victimes de violences sexuelles prises en charge dans des centres de santé de la zone de santé de Kirotshé.

<sup>5</sup> Les relais communautaires - ou ReCo - sont des personnes issues de la communauté qui sont formées par les services de santé pour faire principalement de la sensibilisation auprès de la population. Ils et elles circulent parmi la population pour délivrer des messages de sensibilisation sur le VIH, les violences sexuelles, la malnutrition, etc. (selon les thèmes sur lesquels ils et elles ont été formé-e-s), et participent à certaines activités sanitaires comme les consultations prénatales (CPN), les campagnes de vaccination, etc.

<sup>6</sup> Six infirmiers/infirmières titulaires de centre de santé et six accoucheuses ou sages-femmes. Ces entretiens ont été réalisés dans la mesure des contraintes sécuritaires dans la région au moment de l'enquête.

- (iv) Le mauvais accueil au centre de santé et la stigmatisation par les professionnel-le-s de santé n'incitent pas les femmes et les filles victimes de violences sexuelles à se rendre au centre de santé en toute confiance : culpabilisation, voir rejet de la victime par certains prestataires de soins, mauvais traitements, non-respect de l'anonymat et de la confidentialité, manque de compassion et soins peu adaptés, etc., liés à un manque de formation des prestataires mais également à leurs propres préjugés et à priori sur la responsabilité des victimes de violences sexuelles. Certaines victimes ont ainsi relaté, dans le cadre des entretiens, que lors de la prise en charge par des infirmiers (hommes), ceux-ci leur demandaient de se déshabiller entièrement pour pratiquer les différents examens de l'appareil génital, sans prendre conscience de la réactivation du trauma pouvant survenir chez ces patientes. En outre, au niveau de la communauté, dans les interactions avec les professionnel-le-s de santé, il est mal vu de se plaindre ouvertement des services de santé, au risque d'être considérée comme une mauvaise patiente et d'être moins bien traitée ; « dans un univers institutionnel où les agents médicaux (...) ont le contrôle et la maîtrise des activités, le patient semble réduit au rôle qui lui est imposé par ces derniers en tant que groupe dominant. Dans un tel contexte, caractérisé par l'absence notoire de tout mécanisme de contre-pouvoir médical, être malade c'est s'identifier, se définir comme demandeur et donc se placer dans une position de soumission face aux professionnels » (Kakudji, 2010, p. 259).

Un premier travail a donc été fait avec les équipes des centres de santé afin d'organiser l'accueil des victimes de violences sexuelles : comment répondre à l'urgence de leur prise en charge tant médicale que psycho-sociale, sans les désigner comme des patientes « prioritaires » au vu et au su de toutes et de tous ? Et comment améliorer l'accueil ? Dans certains cas, les centres de santé ont réorganisé le service d'accueil dans une salle séparée afin de recevoir et d'entendre individuellement chaque nouveau/nouvelle patient-e qui se présente et ainsi, garantir la confidentialité des échanges. De plus, le personnel chargé de l'accueil ainsi que le personnel de soins ont été formés avant de mieux maîtriser les techniques d'accueil et d'écoute pour les patient-e-s victimes de violences sexuelles : identification des symptômes, capacité d'écoute, empathie, importance de la confidentialité, procédure pour une orientation rapide et discrète vers un-e professionnel-le de santé, etc. Ces formations ont donné lieu à des échanges avec le personnel d'accueil et les prestataires de soins sur la place et les rôles de l'homme et de la femme dans la communauté, elles ont permis de déconstruire la perception de responsabilité des femmes et des filles dans les violences dont elles ont été victimes, etc. Ce dispositif a donc permis de mettre en lumière et de discuter de certaines représentations et stéréotypes qui influençaient le comportement des prestataires de soins vis-à-vis des victimes de violences sexuelles (et des femmes et des filles en général).

Dans le même ordre d'idée, lors de la formation, l'accent a été mis, par exemple, sur l'appellation des victimes de violences sexuelles. Les équipes du projet ont pu se rendre compte que les professionnel-le-s de santé utilisaient régulièrement un vocabulaire spécifique pour désigner les victimes de violences sexuelles : la victime, le cas, la VVS (victime de violence sexuelle), ce qui risquait également de désigner la personne aux yeux de toutes et tous, ce que redoute le plus les filles et surtout les femmes victimes

de violences sexuelles, en plus du fait de réduire les patientes à leur statut de victime. Le terme « patiente » (ou usagère éventuellement) a été réintroduit systématiquement lors de la formation du personnel de santé pour désigner également les victimes de violences sexuelles : dans les manuels de formation, lors des sessions de formation et des exercices, durant les supervisions des activités sur le terrain.

## 2.2. Confidentialité et anonymat

Une des demandes les plus récurrentes des femmes et des filles victimes de violences sexuelles est d'assurer la confidentialité de la consultation et par là, de maintenir leur anonymat afin d'éviter que, reconnues par leurs proches et/ou leurs voisin-e-s, les habitant-e-s du village ou du quartier, comme victime de violences sexuelles, elles ne soient pointées du doigt et rejetées. En effet, les entretiens réalisés avec quelques femmes et filles survivantes ont montré que, en plus des conséquences physiques et psychologiques, les conséquences sociales étaient les plus redoutées avec toutefois certaines nuances en fonction principalement du statut matrimonial : les femmes mariées qui ont été violées ont plus de risques d'être rejetées par leur mari et leur famille et/ou maltraitées, elles sont considérées comme « souillées » par un autre homme avec des présomptions quant à leur responsabilité « parce qu'une femme violée, même dans les conditions les plus horribles, est encore souvent considérée comme fautive dans le contexte culturel local (...). La femme est généralement considérée comme coupable et consentante d'une manière ou d'une autre. Une femme violée n'est pas une victime mais une source de mépris pour son entourage : elle apporte la honte et l'opprobre à sa famille, et nombreux sont les maris qui répudient leur épouse lorsqu'ils apprennent qu'elle a été violée » (Moufflet, 2008, p.126-127), de plus, « beaucoup d'hommes ont rapporté qu'ils ressentent un certain manque de pouvoir et qu'ils ont 'perdu leur honneur' en ne sachant pas défendre leurs familles et leurs biens » (Slegh, Barker, Ruratotoye et Shand, 2012, p.7). Quant aux jeunes filles non mariées, l'attitude des familles est plus ambivalente, bien qu'elles puissent soupçonner la jeune fille d'avoir « provoqué » le viol par son attitude, son comportement, etc., les personnes interviewées déclarent que le plus souvent, ces jeunes filles sont considérées, dans le contexte d'insécurité de l'Est du Congo, comme des victimes par leur entourage et sont moins susceptibles d'être rejetées par leur famille. Cependant, si leur statut de victime de violences sexuelles est connu, elles rencontreront énormément de difficultés à trouver un conjoint et à se marier, et dès lors à être considérée comme une femme aux yeux de la société congolaise. Or, de nombreuses initiatives d'accueil et d'accompagnement des victimes de violences sexuelles sont organisées dans un cadre spécifique qui leur est exclusivement dédié (centre ou maison d'accueil/d'écoute pour victime de violences sexuelles, aide juridique « pour les victimes de violences sexuelles »), ce qui les identifie immédiatement auprès du reste de la population à partir du moment où elles décident de s'y rendre.

Dans le cadre de ce projet, l'équipe a été très attentive à la structuration des centres de santé et à l'organisation des consultations, afin de mettre en place les conditions nécessaires aux besoins de confidentialité et d'anonymat, demande rarement rencontrée dans les structures de soins à Kirotshe qui sont, au contraire des lieux où les corps et les maux s'exposent et la parole se doit d'être ouverte et est souvent partagée, circulant entre patient-e-s et professionnel-le-s.

Un des enjeux était donc d'améliorer la confidentialité de la consultation. En effet, dans des locaux et/ou des salles de consultation et d'examen pas ou peu insonorisées, parfois construites dans des matériaux qui laissent passer les sons, les bruits (en planche de bois par exemple), comment assurer la confidentialité de la consultation ? Dans certains cas, le personnel des centres de santé a réorganisé l'affectation des locaux en choisissant d'utiliser pour les consultations une salle à l'écart ou éloignée des lieux de concentration et de passage des patient-e-s, et en évitant de désigner une salle spécifique pour recevoir les victimes de violences sexuelles (comme on désigne la « salle de soins » ou la « salle d'accouchement »). Dans d'autres cas, des travaux de construction et/ou de réhabilitation ont été réalisés afin d'adapter la structure de ces centres de santé par rapport aux besoins de confidentialité de la consultation : matériaux utilisés et qualité de la construction, positionnement de la salle de consultation générale à l'écart par rapport aux autres locaux et lieux de passage, etc.

Toujours dans cet esprit, des réflexions ont été menées avec les équipes médicales des centres de santé à propos du personnel chargé de recevoir les victimes de violences sexuelles : faut-il désigner une personne de référence ou bien former plusieurs membres de l'équipe à la prise en charge des victimes de violences sexuelles ? Est-ce que les prestataires hommes et femmes peuvent recevoir les victimes ? Mais aussi sur les aspects psychosociaux : comment recevoir les victimes ? Comment s'adresser à elles ? Comment procéder aux examens physiques sans les traumatiser ? En concertation avec les équipes soignantes, un-e infirmier-ière et une sage-femme ont été formés dans chaque centre de santé cible du projet à la prise en charge médicale et psychosociale des victimes de violences sexuelles ; ces activités étaient intégrées dans l'ensemble des soins prodigués par les professionnel-le-s de santé. Cela permettait d'éviter de désigner une seule personne de référence dans chaque centre de santé, de s'assurer de la disponibilité permanente d'au moins une personne formée à ce type de prise en charge en organisant les rotations de personnel au sein des centres de santé, et dans certains cas, de proposer aux victimes de violences sexuelles de choisir le ou la professionnel-le de santé avec lequel-laquelle elles souhaitaient s'entretenir.

Le choix de former les sages-femmes a été particulièrement apprécié et jugé pertinent par l'ensemble des acteurs et actrices du projet. La sage-femme est considérée, par habitude, comme celle qui « s'occupe des problèmes des femmes », qu'une femme ou une jeune fille demande à être reçue ou s'adresse directement à la sage-femme du centre de santé, en se rendant dans la salle de consultation de cette dernière n'attire pas d'attention particulière sur ces patientes. Les autres personnes présentes au centre de santé ne s'étonnent pas de ce type de démarche et considère qu'il est normal qu'une femme ou une jeune fille vienne parler de problèmes « féminins » en toute discrétion avec la sage-femme sans qu'on soupçonne pour autant qu'il puisse s'agir d'une consultation en raison de violences sexuelles. Cependant, il a fallu discuter et améliorer les capacités psychosociales du personnel ; par exemple, afin de consoler, de rassurer une victime de violences sexuelles, le personnel insistait sur le fait que « cela pouvait arriver à n'importe qui », que « tout allait bien se passer et qu'elle allait reprendre sa vie comme avant », « qu'elle allait rester comme les autres (femmes ou jeunes filles) »<sup>7</sup>. Bien que de bonne foi et dans un souci de réconfort, ces déclarations risquent de banaliser les violences sexuelles et d'inviter les victimes à purement et simplement « oublier » leur traumatisme. Dans le même ordre d'idée, des

---

<sup>7</sup> Extraits d'entretien avec des infirmiers, infirmières et sages-femmes formé-e-s dans le cadre du projet.

prestataires de soins conseillaient aux victimes d'éviter les situations à risque : ne pas sortir seule pour aller chercher de l'eau, ne pas rentrer seule le soir du marché, de l'école, etc., ce qu'on peut appeler « la double peine » pour les victimes de violences sexuelles. Tout un travail de réflexion et d'analyse a été fait avec un psychologue et les sages-femmes, les infirmiers et infirmières en formation pour adopter un discours et une attitude adaptés vis-à-vis des victimes de violences sexuelles : reconnaissance du trauma, attitude basée sur l'écoute et la disponibilité, orientation vers un groupe de survivantes, etc.

### **2.3. Grossesse non désirée et transmission du VIH**

Le recours au centre de santé dans un laps de temps le plus court possible représente une priorité du point de vue des professionnel-le-s de santé : dans les 72h suivants des violences sexuelles, il est possible d'administrer à la victime des traitements pour écarter le risque de grossesse non désirée et limiter le risque de transmission du VIH<sup>8</sup>. La grossesse non désirée est une des principales craintes « physique » exprimée par les victimes de violences sexuelles rencontrées, et souvent, la raison de leur visite au centre de santé, en plus des séquelles physiques consécutives aux violences. Un des enjeux principaux du projet était donc d'informer les femmes victimes de viol de l'existence de ces traitements et de la nécessité d'un recours rapide à un service de santé pour qu'ils soient efficaces.

Le travail de sensibilisation réalisé dans les villages par une association partenaire de femmes paysannes<sup>9</sup> a permis de mettre en évidence les obstacles que les femmes et les filles victimes de violences sexuelles rencontrent lorsqu'elles veulent se rendre au centre de santé (voir le point 2.1.), et d'y répondre du mieux possible. Ensuite, un important travail d'information et de sensibilisation a été mené dans les villages et les communautés autour du message « en cas de violence sexuelle, rendez-vous au centre de santé dans les 72h ». Les équipes du projet, l'association partenaire, les autorités sanitaires et les relais communautaires ont entrepris un vaste travail de communication sociale :

- (i) transmettre et diffuser le message via les canaux de communication les plus susceptibles d'être utilisés par le public ciblé : principalement les radios communautaires qui sont très actives dans la région, les espaces communautaires de discussion ou encore le théâtre,
- (ii) cibler les lieux, les moments et les événements où il est possible de rencontrer le public cible : églises, marchés, centres de santé lors de la consultation prénatale, écoles,
- (iii) élaborer un message clair, compréhensible et acceptable pour toutes et tous, dans sa forme et son contenu, dans la langue utilisée, de préférence la langue parlée le plus couramment par la population, en étant attentif à ce que le message ne soit ni culpabilisant, ni « pris à la légère » ou mal compris (par exemple, il y a eu beaucoup de campagne de communication pour la lutte contre le VIH et lors de la phase de test de notre message, on a pu se rendre compte que le public faisait un amalgame entre les deux messages : l'ONG locale

---

<sup>8</sup> L'OMS a publié, à destination des professionnel-le-s de santé, un guide médical complet et détaillé des procédures de prise en charge des conséquences physiques des violences sexuelles : prévention des maladies sexuellement transmissibles, des grossesses non désirées, soins de l'appareil génital, etc. :

[http://www.who.int/hiv/pub/prophylaxis/pep\\_guidelines\\_fr.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/prophylaxis/pep_guidelines_fr.pdf)

<sup>9</sup> Lofepaco : Ligue des Organisations des Femmes Paysannes du Congo - <http://www.lofepaco.org/>

partenaire, Lofepaco, est connue pour ses campagnes de prévention du VIH et les populations associaient donc leur travail dans le cadre du projet à des séances de sensibilisation sur le VIH uniquement, et pas aux autres risques et conséquences physiques des violences sexuelles),

- (iv) identifier les personnes, femmes et hommes, les plus influentes, respectées, écoutées et qui étaient susceptibles de porter au mieux le message et d'être considérées comme crédibles et fiables par les femmes et les filles, et également par les hommes et les garçons : des leaders religieux, des autorités, des professionnel-le-s de santé, des enseignant-e-s, des médias, des associations de femmes.

Les premières séances de sensibilisation ont permis d'ajuster la méthode et le message car il suscitait beaucoup de questions, d'amalgames (voir ci-dessus) et de discussions. On a donc choisi, en plus de la diffusion du message proprement dit « en cas de violence sexuelle, rendez-vous au centre de santé dans les 72h », d'organiser des séances de discussion autour du rôle et de la position des femmes, du respect de leur corps, de la sexualité, etc., et par la suite, les acteurs et les actrices ont relevé la nécessité d'intégrer des hommes et des garçons dans ce travail de sensibilisation en tant que relais communautaire par exemple, ou simplement en tant que proche d'une victime de violences sexuelles afin de renforcer leur responsabilité en matière d'orientation et d'accompagnement vers les services de santé car, bien que « Les hommes et les garçons qui souscrivent à des opinions rigides sur le rôle des deux sexes et sur la masculinité (qui croient, par exemple, que les hommes ont davantage de besoins sexuels que les femmes ou que les hommes doivent dominer les femmes, notamment sexuellement) sont proportionnellement plus nombreux à admettre avoir usé de violence envers une partenaire, entre autres effets négatifs. (...) Les hommes s'impliquent de plus en plus dans la lutte contre la violence à l'égard des femmes et des filles et ils ont un rôle positif à jouer dans cette lutte. (...) Les données factuelles émergentes montrent que les approches préventives impliquant les hommes et les garçons sont efficaces » (Guedes, 2012, p.4-5).

#### **2.4. La médiation familiale**

Le message de sensibilisation autour du traitement médical dans les 72h maximum, l'amélioration des conditions d'accueil et de prise en charge, la formation des professionnel-le-s de santé constituaient en quelque sorte des préalables à une première visite au centre de santé. L'amélioration de la prise en charge, entre autres du point de vue psycho-social, des victimes de violences sexuelles a mis en évidence le besoin d'accompagnement et de suivi dans la durée de ces femmes et de ces filles par le personnel de santé. C'est ainsi que des compétences en accompagnement et en médiation familiale ont été progressivement introduites dans le programme de formation des infirmiers, infirmières et des sages-femmes. Ce rejet et cette stigmatisation pèsent lourds sur leur santé et leur bien-être, et les professionnel-le-s de santé, de par leur position, leur statut et leur reconnaissance dans la communauté, peuvent jouer un rôle positif dans la réinsertion et l'acceptation des victimes de violences sexuelles. Pour cela, un travail autour du processus de construction d'une relation de confiance entre patiente et personnel de santé a été mis en œuvre, non sans certaines difficultés. Du point de vue des victimes de violences sexuelles, un-e professionnel-le de santé ne constitue pas un-e interlocuteur/interlocutrice privilégié-e à qui

se confier et avec qui échanger sur son vécu car il/elle est là pour soigner le corps. Ainsi, les jeunes filles victimes de violences sexuelles rencontrées préféraient parler de leur traumatisme avec des proches en qui elles estimaient pouvoir placer leur confiance (amies, cousine, tante, etc.) et/ou avec d'autres jeunes filles qui avaient elles-mêmes été victimes de violences sexuelles, qui faisait preuve de plus d'empathie à leur égard et auprès desquelles elles pouvaient partager leur vécu et trouver des informations et des conseils. Du côté des prestataires de soins, l'équipe du projet s'est rapidement posé la question de la charge psychologique et émotionnelle pour des prestataires régulièrement confronté-e-s à des victimes de violences sexuelles et au récit de leur traumatisme et de la gestion de cette charge. Des discussions et des interventions ont été menées avec des prestataires de soins mais la plupart d'entre elles/eux n'ont pas exprimé-e-s ouvertement de difficultés particulières à gérer leurs émotions face à ces situations de violences sexuelles. Il semble que d'une part, les professionnel-le-s de santé qui exercent depuis plusieurs années dans la région de l'Est du Congo sont régulièrement confronté-e-s à ces situations et aient développé des mécanismes psychologiques pour se prémunir de leur impact émotionnel sur leur vécu quotidien, d'autre part, l'expression de sentiments ou d'émotions liées à des difficultés psychologiques n'est pas culturellement favorisée, et potentiellement considérée comme un signe de faiblesse voir de folie, « aller voir un psy, c'est qu'on est fou »<sup>10</sup>.

### 3. Recommandations

Le projet visait à améliorer la prise en charge médicale et psychosociale des victimes de violences sexuelles dans les centres de santé publics du territoire de Kirotshé à l'Est de la RDC afin de mieux répondre aux besoins et aux attentes des femmes et des filles victimes de ses violences ; la première étape était donc de mieux cerner ces besoins et attentes, du point de vue des victimes avant tout, et de proposer diverses stratégies d'actions adaptées : de la sensibilisation dans les villages sur la nécessité de se rendre dans les 72h dans un centre de santé, l'amélioration de l'organisation logistique des centres de santé pour assurer, entre autres, confidentialité et anonymat, la fourniture de médicaments pour prévenir les risques de grossesse non désirée et d'infections sexuellement transmissibles, et bien sûr la formation du personnel de ces centres de santé, sur le plan médical, mais surtout sur les aspects psycho-sociaux de la prise en charge des victimes de violences sexuelles. C'est bien la prise en compte de l'ensemble de ces aspects, dans une perspective interculturelle, qui a permis d'améliorer la prise en charge des victimes. Il est intéressant de noter que le projet a également eu, de l'aveu même des personnes qui ont été impliquées, des effets non prévus : ainsi le personnel de santé formé à l'approche psychosociale a commencé à l'utiliser auprès d'autres patientes et patients, l'amélioration des conditions matérielles des centres de santé a également bénéficié à d'autres femmes, comme les femmes enceintes. Enfin, certain-e-s bénéficiaires du projet, y compris parmi les membres de l'équipe de terrain, ont déclaré avoir pris conscience de la réalité des inégalités de genre et de leur impact sur le développement de des femmes et des filles, et décidé de modifier leur comportement y compris vis-à-vis de leurs femmes et de leurs filles.

---

<sup>10</sup> Interview d'un infirmier dans le cadre du projet

#### 4. Bibliographie

Douma N. & Hilhorst D. (2012). Fonds de commerce ? Assistance aux victimes de violences sexuelles en République Démocratique du Congo. Wageningen University (rapport de recherche)

Fargnoli V. (2012). *Viol(s) comme arme de guerre*. L'Harmattan, Paris, 264 p.

Guedes A. (2012). *Hommes et garçons : module pour l'élaboration de programmes*. UNIFEM, MenEngage

Kakudji A. (2010). « Sendwe Mining », Socio-anthropologie du monde sociale de l'hôpital à Lubumbashi (RD Congo), Thèse de doctorat, ULB

Moufflet, V. (2008). Le paradigme du viol comme arme de guerre à l'Est de la République démocratique du Congo. *Afrique contemporaine*, 227,(3), 119-133

Slegh H., Barker G., Ruratotoye B., Shand T. (2012). Les Relations de Genre ; Violence Sexuelle et les Effets du Conflit sur les Femmes et les Hommes au Nord Kivu, dans l'Est de la République Démocratique du Congo : Résultats Préliminaire de l'Etude Internationale sur les Hommes et l'Egalité de Genre (IMAGES). Sonke Gender Justice Network et Promundo-US : le Cap, Afrique du Sud et Washington, DC.