

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO



**PROTOCOLE NATIONAL DE PRISE EN CHARGE
PSYCHOSOCIALE ET SANTE MENTALE DES
SURVIVANTS DES VIOLENCES SEXUELLES**

Ministère de la Santé Publique en Collaboration avec le Ministère
du Genre, Famille et Enfant



STOP RAPE NOW
UN ACTION AGAINST SEXUAL VIOLENCE IN CONFLICT

MARS 2012

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS.....	5
AVANT PROPOS.....	7
1. INTRODUCTION.....	13
1.1. DEFINITIONS ET CONTEXTE.....	14
1.2. OBJECTIFS DE LA PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE.....	17
1.2.1. OBJECTIF GENERAL.....	17
1.2.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES.....	16
1.3. RESULTATS ATTENDUS.....	16
2. APPROCHE PSYCHOSOCIALE.....	16
2.1. DEFINITION.....	16
2.2. AVANTAGES.....	17
2.3. INTERVENANTS.....	17
2.3.1. RELAIS COMMUNAUTAIRE.....	17
2.3.2. ASSISTANT PSYCHOSOCIAL.....	17
2.3.3. INFIRMIER NEUROPSYCHIATRE.....	18
2.3.4. PSYCHOLOGUE CLINICIEN.....	18
2.3.5. PSYCHIATRE.....	18
2.4. CIRCUIT DE PRISE EN CHARGE.....	20
3. PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE.....	20
3.1. ACCUEIL.....	20
3.1.1. DEFINITION, ROLE ET LIMITES.....	20
3.1.2. IDENTIFICATION.....	20
3.1.3. LANGUE DES INTERVENANTS.....	20
3.1.4. SEXE DE L'INTERVENANT.....	20
3.2. PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE PROPREMENT DITE.....	21
3.2.1. PREMIER ACCUEIL AVEC ASSISTANT PSYCHOSOCIAL.....	22
Enfants.....	23
d. La famille.....	27
3.2.2. REFERENCES.....	27
3.2.3. CONTRE REFERENCE PSYCHOLOGIQUE : DEUXIEME ACCUEIL.....	30
4. PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE ET SANTE MENTALE.....	31
4.1. PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE.....	31
4.1.1. DEFINITION.....	31
4.1.2. REGLES ET ATTITUDES GENERALES.....	31
a. L'intérêt de la victime.....	33
b. La sécurité.....	33
c. La confidentialité.....	33
b. Ne pas juger.....	34
4.1.3. ELEMENTS DU RÉCIT DES FAITS : ANAMNESE.....	35
4.1.4. TECHNIQUES DE SOUTIEN.....	41
a. Définition.....	41
c. Principes de premiers soins psychologiques.....	42
d. Manières d'offrir les premiers soins psychologiques.....	43
d1. Bonne communication.....	43
a. Définition.....	54
b. Objectifs du counseling.....	54
c. Préparation.....	54
c1. cadre.....	54
➤ Le silence.....	57
c1. Reformulation.....	58
c2. Réflexion.....	58
c3. Validation.....	58
c4. Résumé.....	60
c5. Focalisation.....	60

b.	Déroulement des entretiens.....	60
4.1.5.	LIMITES DE LA PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE.....	70
4.2.	APPROCHE DESCRIPTIVE.....	70
4.2.1.	Souvenirs intrusifs et flashbacks.....	70
4.2.2.	Évitement.....	71
4.2.3.	Peur.....	71
4.2.4.	Tristesse.....	72
4.2.5.	Colère.....	73
4.2.6.	Culpabilité.....	74
4.2.7.	Honte.....	75
4.2.8.	Troubles du sommeil.....	75
4.2.9.	Difficultés sexuelles.....	76
5.	PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE.....	80
5.1.	DEMARCHE THERAPEUTIQUE.....	80
5.1.1.	Objectif.....	80
5.1.2.	Étapes.....	80
Le premier entretien lors du premier contact est essentiel.....		80
5.2.	REFERENCES POSSIBLES.....	82
5.2.1.	Approche psychiatrique.....	82
5.3.	LA MEDIATION FAMILIALE.....	95
5.3.1.	Définitions.....	95
5.3.2.	Objectifs.....	95
5.3.3.	Qualités du médiateur.....	96
5.3.4.	Rôles du médiateur.....	97
5.3.5.	Attitudes négatives d'un médiateur (incompétent).....	98
5.3.6.	Déroulement d'une séance de médiation.....	98
6.	IMPACT DE LA PRISE EN CHARGE DES VICTIMES DE VIOLENCE SEXUELLE SUR LA SANTÉ MENTALE DES ASSISTANTS PSYCHOSOCIAUX.....	100
7.	ASPECTS PRATIQUES.....	103
7.1.	CONSTITUTION DU DOSSIER DE LA VICTIME.....	103
7.1.1.	Démarche pour le recueil des informations générales.....	103
7.1.2.	Le rapport psychologique.....	104
8.	GRILLES DE COMPETENCES PROFESSIONNELLES.....	104
8.1.	Niveau communautaire.....	104
8.2.	Niveau primaire.....	105
8.3.	Niveau secondaire.....	106
9.	PAQUET MINIMUM PAR NIVEAU DE STRUCTURE.....	109
10.	LE SYSTEME D'INFORMATION SUR LES VIOLENCES SEXUELLES.....	112
	ANNEXES.....	113

ABREVIATIONS

AMS	Assistance Multisectorielle
APS	Assistant Psychosocial
ARV	Anti rétroviraux
AS	Assistant social
BCZS	Bureau Central de Zone de Santé
CICR	Comité International de la Croix-Rouge
CNPP	Centre neuro-psycho-pathologique
CoSa	Comité de Santé
CS	Centre de Santé
CSR	Centre de Santé de Référence
CU	Contraception d'urgence
DIU	Dispositif intra-utérin
DPS	Division Provinciale de la Santé
ECZ	Equipe cadre de Zone de Santé
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
HGR	Hôpital Général de Référence
IASC	Interagency Standing Committee
IRC	International Rescue Committee
IST	Infection Sexuellement Transmissible
MdM	Médecins du Monde
ME	Maison d'écoute
MIP	Médecin Provincial de la Santé
MSF	Médecins sans Frontières
MST	Maladie sexuellement transmise
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non-gouvernementale
OPS	Officiers psychosociaux
PCI	Pilule contraceptive d'urgence
PEC	Prise en charge
PEP	Prophylaxie post exposition
PMSM	Paquet Minimum de Santé Mentale
PNLS	Programme National de Lutte contre le SIDA
PNMLS	Programme National Multisectoriel de Lutte contre le SIDA
PNSM	Programme National de Santé Mentale
PNSR	Programme National de la Santé de la Reproduction
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PS	Poste de Santé
PSP	Premiers Soins Psychologiques
PVV	Personne Vivant avec le VIH
RDC	République Démocratique du Congo
ReCo	Relais Communautaire
RHRC	Reproductive Health Response in Conflict Consortium (formerly known as Reproductive Health for Refugees Consortium)
SGBV	Violence sexuelle basée sur le genre
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SPT	Stress post-traumatique
STAREC	Programme de Stabilisation et de reconstruction de l'Est de la RDC
UNHCR	Haut-commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés
UNICEF	United Nations for International Child Emergency's Fund
UVS	Unité de Violence Sexuelle

VBG	Violences basées sur le genre
VcF	Violence contre les femmes
VIH	Virus d'Immunodéficience acquise
VVS	Victime de violence sexuelle
ZS	Zone de Santé

AVANT PROPOS

L'introduction de nouvelles façons d'organiser le pouvoir politique et économique en RDC a entraîné, au fil du temps, d'énormes changements sur le plan socioculturel.

Un de ces changements se rapporte à la façon dont la société perçoit la femme, la jeune et petite fille notamment en ce qui concerne leur corps et leur statut dans la société. Considéré autrefois comme sacré et donc inaccessible par n'importe qui et n'importe quand, le corps de la femme, de la jeune et petite fille congolaise la rend aujourd'hui vulnérable sur tous le plan humain, en général et celui sexuel, en particulier, du fait de l'émergence dans notre société d'une culture des rapports sociaux des sexes fondés sur le pouvoir et la force physique et armée comme mode des relations entre les personnes des sexes masculins et féminins. L'aggravation des violences sexuelles et basées sur le genre dont particulièrement les violences faites à la femme, à la jeune et petite fille constitue à ce jour un des indicateurs des modifications survenues selon les circonstances et les enjeux du moment, les milieux et les époques.

Dans ce sens, malgré les efforts aujourd'hui cinquantenaires menés par les gouvernements successifs de la République Démocratique du Congo depuis son accession à l'indépendance pour l'émancipation socio-économique, culturelle et politique des congolais, les femmes, les jeunes et petites filles plus que leurs partenaires masculins sont encore victimes de diverses formes des violences qui atrophient leur potentiel humain et leur contribution efficiente au développement durable de la Nation congolaise.

En effet, les guerres et conflits armés successifs qui ont émaillé l'histoire de notre Pays n'ont pas eu seulement comme conséquences les massacres à grande échelle des congolaises et congolais avec plus de cinq million de vies humaines perdues mais encore plus grave plusieurs centaines de milliers de femmes, jeunes et petites filles en ont été victimes des violences de toutes sortes.

Depuis plus de quinze ans, à cause du corridor humanitaire exigé en 1994 par la communauté internationale, la République Démocratique du Congo, à cause de son hospitalité légendaire, avait accepté d'ouvrir ses frontières à l'Est du pays pour sauver la vie de ses voisins qui fuyaient leur pays mis à feu et à sang.

La crise créée à l'effet du génocide dans les pays voisins a entraîné la fuite en RDC de plus d'un million de réfugiés et de ce fait, a favorisé et transformé ce corridor humanitaire en celui de la mort, d'exploitation éhontée et illégale des ressources naturelles de la RDC dans une situation entretenue d'instabilité sécuritaire et des tensions larvées.

Les violences sexuelles ont été utilisées comme arme de guerre pour humilier les congolaises et congolais, notamment au cours des guerres menées à l'Est de la RDC et sont décriés depuis toutes ces années par la population congolaise toute entière, les institutions démocratiques de notre Pays et la communauté internationale. Les femmes congolaises, et à leurs suites celles de la Région des Grands Lacs et de toute l'Afrique, ont renforcé ce cri par leur campagne « Je Dénonce » appuyée par le Gouvernement de la République.

Il n'est un secret pour personne que les femmes, les jeunes et petites filles congolaises, plus que dans d'autres coins de l'Afrique et du monde, sont aujourd'hui

livrées à la prostitution, soumises à l'esclavage sexuel, aux mariages et grossesses forcés comme conséquences de l'utilisation des violences de toutes sortes dont en particulier celles sexuelles comme arme de destruction massive par les troupes d'agression et par les hommes armés sous leur commandement. Le recrutement forcé des enfants et des militaires congolais dans leurs troupes et bandes armées a servi à répandre les violences sexuelles sur l'ensemble du territoire national à travers le brassage des différentes forces armées qui se sont combattues en RDC ; les unes pour favoriser l'éclatement du territoire congolais et les pillages systématiques de ses richesses et les autres pour défendre la souveraineté et l'intégrité du territoire.

Sous d'autres formes souvent voilées, les femmes, les jeunes et petites congolaises subissent aussi chaque jour des violences de toutes sortes dans le cadre des coutumes et traditions encore rétrogrades, des textes des lois souvent discriminatoires, des pratiques sociales et domestiques sexistes, de harcèlement sexuel dans les milieux professionnels, scolaires et académiques, de l'utilisation abusive de leurs corps humains dans la publicité, le spectacle, la musique et l'Audiovisuelle, des préjugés sexistes par rapport à leurs compétences et capacités humaines... bref de toutes les formes d'exploitation dans notre monde moderne.

Même la famille, espace naturel prétendu pour sécuriser tout être humain qui qu'il soit, est devenue de nos jours la scène des violences graves et d'abus sexuels envers les femmes, les jeunes et petites filles à travers des situations des femmes battues, des cas courants d'incestes et de pédophilie, de soumission totale du corps de la femme aux désirs de jouissance sexuelle de l'homme avec des conséquences néfastes sur la santé psychologique et physique de la femme ainsi que son exposition à la prévalence du VIH et Sida ainsi qu'à l'aggravation de la mortalité maternelle et infantile lors des accouchements.

Le Gouvernement de la République Démocratique du Congo, à travers le Ministère du Genre, de la Famille et de l'Enfant, reste ce jour reconnaissant à la Communauté internationale pour tous les efforts qu'elle a fourni et continue de lui apporter dans la lutte contre toutes les formes des discriminations à l'égard de la femme, de la jeune et petite fille. Dans ce sens, non seulement qu'il a ratifié la Convention Internationale contre toutes les formes des discriminations à l'égard de la Femme « CEDEF » et qu'il en est aujourd'hui à la production du 6ème et 7ème Rapport combiné sur l'évaluation de mise en application ainsi que la Plateforme de Beijing dont il a produit le Rapport Beijing+15 mais que davantage, la RDC prend une part active à toutes les rencontres régionales, africaines et mondiales sur l'habilitation des femmes, en particulier les Plates formes de Beijing, le Protocole de Maputo, le Protocole d'accord de la SADC sur le genre et le développement le Pacte sur la sécurité, la paix, la démocratie et le développement dans la Région des Grands Lacs.

Aussi, s'est-il engagé depuis 2000 à la mise en œuvre de la Résolution 1325 du Conseil de Sécurité des Nations Unies qui vise la protection et l'implication des femmes dans les efforts de paix pendant et après les conflits par la mise en place de la synergie nationale et d'un plan d'action national. De même, le Gouvernement de la République a adhéré et a concrétisé la Résolution 1820 de 2008 du même Conseil de Sécurité des Nations Unies qui reconnaît et condamne le viol comme arme de guerre et crime contre l'humanité à travers la création par les Décrets de Son Excellence Monsieur le Premier Ministre de l'Agence Nationale de lutte contre les violences faites à la femme, à la jeune et petite fille en RDC « AVIFEM » et du Fonds National de la promotion de la Femme et de la protection de l'Enfant « FONAFEN ».

Il reste que la Constitution de la République Démocratique du Congo indique clairement en ses articles 12, 13 et 14 la nécessité de la mise en œuvre de l'égalité des droits, des chances et des sexes entre les Congolaises et Congolais ainsi que de l'obligation d'éliminer toutes les formes des violences à l'endroit de la femme dans la vie publique et privée. Tout comme les lois portant respectivement sur le renforcement de la répression en matière de viol et des violences sexuelles de 2006 et celle de 2009 en rapport avec la protection des mineurs sont autant des mesures prises par le Gouvernement et le Parlement de la République pour créer de nouvelles conditions et un environnement juridique susceptibles de prendre en compte les besoins sexospécifiques des femmes, de jeunes et petites filles dans notre législation nationale.

L'Adoption de la Politique Nationale Genre par le Gouvernement, la Révision du Code Congolais de la Famille selon le genre dont le processus est en cours de finalisation, la Loi portant modalités pratiques de mise en application des droits des femmes et de la parité homme-femme en cours d'adoption au Parlement, la Redynamisation des Conseils Nationaux et provinciaux de la Femme, de l'Enfant et de la Famille, la création des conseils locaux des femmes à la base, des enfants et des familles sont autant des actions menées à ce jour par le Gouvernement de la RDC pour réduire sensiblement toutes les formes des discriminations à l'égard de la femme, de la jeune et petite fille.

L'élaboration et la formulation du document de Stratégie Nationale de lutte contre les violences basées sur le genre (SNVBG) ainsi que de son Plan d'action national et de son plan opérationnel prioritaire en RDC depuis Novembre 2009 fait suite à l'initiative Conjointe entre le Gouvernement, les partenaires d'appui au développement et les organisations de la Société civile lancée depuis 2003 pour répondre à l'urgence de faire un état des lieux des violences sexuelles aggravées par les conflits armés et de donner des réponses ponctuelles aux victimes et survivantes.

Dans ce sens, le document de la Stratégie Nationale de lutte contre les violences basées sur le genre (SNVBG) ainsi que son Plan d'action national et son plan opérationnel prioritaire intègre totalement comme actions à court et moyen termes la Stratégie Globale de lutte contre les violences sexuelles initiée par la coordination du Système des Nations Unies en RDC et adoptée par le Gouvernement de la République.

En effet, élaborée dans le cadre de la mise en œuvre du Programme de Stabilisation et de la Reconstruction de notre Pays « STAREC » de suite des guerres successives particulièrement dans sa partie Est et Nord, la Stratégie Globale de lutte contre les violences sexuelles a concerné cinq provinces du Pays à savoir le Nord et Sud Kivu, le Katanga, le Maniema et la Province Orientale avec quatre composantes programmatiques dont la lutte contre l'impunité, la Protection et la Prévention, la Réforme de l'Armée, de la Police, de la Justice et des services de sécurité, ainsi que la Réponse multisectorielle aux victimes.

Ainsi, dans le souci, d'une part de trouver des synergies, des complémentarités et une meilleure coordination des interventions pertinentes des uns et des autres dans cette lutte contre les violences sexuelles dans notre Pays et d'autre part d'aborder le problème désormais de manière globale et holistique soutenue par une vision claire et précise en termes des discriminations de genre à l'égard de la femme, de la jeune et petite fille, le document de la Stratégie Nationale de lutte contre les violences basées sur le Genre est le fruit des consultations provinciales et nationales organisées d'Avril à Novembre 2009 sur l'ensemble du territoire national en rapport avec les violences sexuelles et basées sur le Genre. Il est venu enrichir les composantes de la

Stratégie Globale des Nations unies et les a élargi à toutes les formes des discriminations à l'égard de la femme, de la jeune et petite fille ainsi qu'il en a dégagé une cinquième composante liée à la mise en œuvre de la Base des données nationale en matière des statistiques régulières sur les violences sexuelles et basées sur le Genre en RDC

A ce jour, la lutte contre les violences sexuelles et basées sur le genre en RDC comprend cinq volets, à savoir : La lutte contre toute les formes d'impunité, de corruption et de criminalité concrétisée par l'opération nationale « Tolérance Zéro », la Prévention et la Protection par l'habilitation des droits humains des femmes et des enfants, l'Appui à la réforme de l'Armée Nationale, de la police Nationale , des services de la Justice et de la Sécurité ainsi que de l'Administration publique pour la prise en compte en leur sein des besoins sexospécifiques des femmes, la Réponse multisectorielle à donner aux victimes et aux survivantes des violences sexuelles et liées au genre selon les aspects médical, psychosocial, de la réinsertion socioéconomique, éducative et communautaire et la gestion régulière et suivie des informations et de la Base des données en la matière.

La mise en œuvre de ces différents volets passe par le plan d'action national mis en place par le Gouvernement et coordonné conjointement par le Ministère du Genre, de la Famille et de l'Enfant pour la partie nationale et la MONUSCO pour le compte des Agences du Système des Nations unies et les partenaires bi et multilatéraux.

Particulièrement, en ce qui concerne la composante liée à l'Assistance multisectorielle en matière de lutte contre les VSBG, celle coordonnée conjointement par l'UNICEF au nom des Partenaires Techniques et Financiers de la RDC et les Ministères de la Santé Publique, de l'Enseignement Primaire et secondaire, du Plan, de l'Economie et autres pour le compte du Gouvernement, s'articule autour des actions majeures suivantes :

- La Multiplication et le renforcement des capacités des cliniques juridiques et d'assistance psychosociale pour la prise en charge des victimes et des Survivantes ;
- Le Renforcement des capacités du personnel et des institutions médicales sur la prise en compte des besoins sexospécifiques des femmes pour une meilleure prise en charge médicale et mentale des victimes et des survivantes ainsi que des auteurs présumés ;
- Le développement des projets de relèvement communautaire durable pour favoriser la réintégration socio économique des victimes et des survivantes ;
- La mise à disposition des appuis nécessaires aux organisations de la société civile qui sont impliquées dans l'assistance aux victimes.

C'est là tout le sens des présents protocoles nationaux de la prise en charge médicale, psychosociale, de réintégration socioéconomique et scolaire pour servir désormais de référence légale en matière d'assistance multisectorielle dans le cadre de la lutte contre les violences sexuelles et basées sur le genre en République Démocratique du Congo.

C'est ici l'occasion pour nous de remercier Son Excellence Monsieur Joseph KABILA KABANGE, Président de la République et Chef de l'Etat pour son œuvre de la pacification et de la consolidation de la paix en RDC dont un des piliers majeurs reste la lutte contre l'impunité et toutes les formes des violences liées aux effets de la guerre en RDC dont particulièrement au Nord Est du Pays.

Avec lui, nous remercions Son Excellence Monsieur Adolphe MUZITO, Premier Ministre et tous les Membres de son Gouvernement pour la volonté politique clairement exprimée de réduire l'ampleur des violences faites à la femme, à la jeune et petite fille dont particulièrement celles sexuelles par la mise en place des différents programmes d'habilitation de la femme congolaise.

Que les partenaires au développement en RDC, dont particulièrement l'UNICEF, qui ont appuyé l'élaboration et la production des présents protocoles nationaux sur l'Assistance multisectorielle en matière de lutte contre les violences sexuelles et basées sur le genre trouvent ici toute l'expression de notre reconnaissance pour leur contribution significative à la réduction des effets pervers des conflits armés successifs sur les femmes et les enfants en RDC.

A tous et à chacun des Experts et acteurs de terrain qui ont contribué d'une manière ou d'une autre à l'élaboration et à la production de ces protocoles nationaux, nous présentons tous les remerciements du Gouvernement de la RDC à travers son Ministère du Genre, de la Famille et de l'Enfant.

Fait à Kinshasa, le 20 Octobre 2011
Son Excellence Marie Ange LUKIANA MUFWANKOLO
Ministre du Genre, de la Famille et de l'Enfant

1. INTRODUCTION

Sous la coordination du Ministère de la Santé et grâce à l'investissement des autorités étatiques nationales, provinciales et locales, des ONG nationales et internationales et des agences Onusiennes, un travail de longue haleine a permis l'adaptation du protocole médical pour la prise en charge des victimes de violence basée sur le genre et la création des protocoles psychosociaux et santé mentale, de réintégration socioéconomique et scolaire et de la référence légale.

L'objectif de ce travail visait à harmoniser les approches, à créer une base de travail et des outils communs à tous les intervenants dans les quatre domaines cités afin d'atteindre une pérennité dans l'approche, une harmonisation des outils et une logique d'intervention commune pour toute la RDC.

La méthodologie qui s'en est découlée, se basait sur la mise en place de groupes de travail d'assistance multisectorielle qui se sont réunis une fois par mois dans les provinces et deux fois par mois à Kinshasa. C'est dans ce cadre où les experts des domaines : médical, psychosocial/santé mentale, réintégration socioéconomique et scolaire et référence légale au niveau national, provincial et local, des ONG nationales et internationales et des agences Onusiennes ont analysé les bonnes pratiques, les difficultés du terrain et les suggestions de changement.

Plus de trente personnes par groupe de travail se sont réunies et accordées pour partager leurs documents, leur expertise, leur temps, évaluer la situation sur le terrain et les possibilités d'application en tenant compte des risques sécuritaires, de l'accessibilité géographique, du nombre de cas de violence sexuelle et des fonds disponibles.

Des échanges de l'Est à l'Ouest se sont mis en place afin d'arriver à un travail qui culmine avec la finalisation des protocoles nationaux qui seront utilisés dans tout le pays, en matière d'assistance multisectorielle dans le cadre de la lutte contre les violences sexuelles et basées sur le genre en République Démocratique du Congo.

En tant que facilitateur de cette coordination, le Ministère de la Santé remercie tous les experts ,acteurs sur le terrain ,intervenants et partenaires dont UNICEF, OMS, UNFPA, IRC, MmM, CDC-PEPFAR/ESP-CISSIDA/KSPH, MSF/Belgique/Suisse, IMC, COOPI, Save the Children, PROSANI/MSH,BCNUDH,MONUSCO,HCR,FAO, etc qui ont appuyé l'élaboration et la production des présents protocoles nationaux .

Fait à Kinshasa, le 20 Octobre 2011
Son Excellence Dr Victor Makwenge Kaput
Ministre de la Santé Publique

1.1. DEFINITIONS ET CONTEXTE

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'interagency standing committee (IASC), la violence sexuelle se définit comme « Tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail » ¹

La violence basée sur le genre se définit comme tout acte ou omission portant un préjudice en dépit de la volonté d'une personne et qui résulte des distinctions entre homme et femme, adulte et enfant, jeune et vieux ...Etant donné que les violences basées sur le genre affectent dans une très grande majorité les filles et les femmes ,la Résolution 48/104(1993) de l'assemblée générale des nations unies sur l'élimination de toutes les formes de violences à l'égard de la femme concentre celle-ci sur les violences dirigées contre les femmes ,les jeunes et petites filles et la définit en ces termes :

« ...tout acte de violence dirigé contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causé aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques ,sexuelles ou psychologiques ,y compris la menace de tels actes ,la contrainte ou la privation arbitraire de liberté que soit dans la vie publique ou dans la vie privé ».²

En RDC, l'on distingue deux types de violences basées sur le genre :

- Les violences sexuelles ;
- Les autres violences basées sur le genre et affectant particulièrement les filles et les femmes (violences domestiques, physique ou émotionnelles, socioculturelle, professionnelles, institutionnelle, lié à la coutume et autres).

En 2006³ et suite au fléau dont la violence sexuelle était arrivée, le Gouvernement de la République Démocratique du Congo a promulgué une loi contre les violences sexuelles qui établissait une définition plus vaste comme il suit :

La violence sexuelle comprend le viol, qui se définit comme étant un « acte de pénétration, même légère, de la vulve ou de l'anus imposé notamment par la force physique, en utilisant un pénis, d'autres parties du corps ou un objet. Il y a tentative de viol si l'on essaie de commettre un tel acte. Lorsqu'il y a viol d'une personne par deux ou plusieurs agresseurs, on parle de viol collectif ».

La violence sexuelle peut survenir alors que la personne agressée est dans l'incapacité de donner son consentement parce qu'elle est ivre, droguée, endormie ou incapable mentalement de comprendre la situation.

La coercition vise le recours à la force à divers degrés. En dehors de la force physique, l'agresseur peut recourir à l'intimidation psychologique, au chantage ou à d'autres menaces.

¹ OMS 2002.

² **Stratégies nationales de la lutte contre les violences basées sur le genre (SNGBV)**

³ Loi 06/018 modifiant et complétant le code pénal Congolais et 06/019 modifiant et complétant le code de procédure pénale

La violence sexuelle peut comprendre d'autres formes d'agression dans lesquelles intervient un organe sexuel, notamment le contact imposé entre la bouche et le pénis, la vulve ou l'anus.

La nouvelle définition de l'infraction de viol (article 170)

Les nouvelles incriminations de violences sexuelles définies par le code pénal (Loi 06/018 du 20 juillet 2006)

Article 170

« Aura commis un viol, soit à l'aide de violences ou menaces graves ou par contrainte à l'encontre d'une personne, directement « ou par l'intermédiaire d'un tiers, soit par surprise, par pression « psychologique, soit à l'occasion d'un environnement coercitif, soit « en abusant d'une personne qui, par le fait d'une maladie, par « l'altération de ses facultés ou par toute autre cause accidentelle « aurait perdu l'usage de ses sens ou en aurait été privé par quelques « artifices :

« a) tout homme, quel que soit son âge, qui aura introduit son « organe sexuel, même superficiellement dans celui d'une femme ou « toute femme, quel que soit son âge, qui aura obligé un homme à « introduire même superficiellement son organe sexuel dans le sien ;

« b) tout homme qui aura pénétré, même superficiellement « l'anus, la bouche ou tout autre orifice du corps d'une femme ou « d'un homme par un organe sexuel, par toute autre partie du corps « ou par un objet quelconque ;

« c) toute personne qui aura introduit, même superficiellement, « toute autre partie du corps ou un objet quelconque dans le vagin ;

« d) toute personne qui aura obligé un homme ou une femme à « pénétrer, même superficiellement son anus, sa bouche ou tout « orifice de son corps par un organe sexuel, pour toute autre partie du « corps ou par un objet quelconque.

« Quiconque sera reconnu coupable de viol sera puni d'une peine « de servitude pénale de cinq à vingt ans et d'une amende ne pouvant « être inférieure à cent mille francs congolais constants.

« Est réputé viol à l'aide de violences, le seul fait du « rapprochement charnel de sexes commis sur les personnes « désignées à l'article 167, alinéa 2.

Le viol est ainsi réalisé matériellement par :

- L'intromission de l'organe sexuel de l'homme dans celui de la femme,
- La pénétration par un homme sur une femme ou sur un homme , même superficielle de l'organe sexuel ou de toute autre partie du corps dans l'anus, la bouche ou toute autre partie du corps par un objet quelconque de l'anus, de la bouche ou de toute autre partie du corps,
- L'introduction par toute personne, même superficiellement de toute autre partie du corps ou d'un objet quelconque dans le vagin.

Cependant cette définition très extensive ne doit pas être interprétée littéralement : l'introduction d'un crayon dans l'oreille ne saurait constituer un viol : tous les actes de pénétration doivent pour être punissables avoir une finalité sexuelle pour être considérés comme des actes de nature sexuelle répréhensibles.

Concernant l'élément moral de l'infraction, il faut faire une distinction entre les personnes majeures et les personnes mineures

Concernant les personnes majeures :

Le viol est une infraction de violences sexuelles et comme tel il suppose qu'existe un élément de contrainte. Cette contrainte est définie de façon très large, il peut s'agir de violences ou de menaces, la contrainte peut-être physique ou psychologique, directe ou indirecte, émaner de l'auteur lui-même ou du contexte coercitif dans lequel s'est produite l'infraction, être le fait d'une altération des facultés physiques ou mentales d'une personne vulnérable,

Concernant les personnes mineures

Dans le cas des mineurs le viol peut être constitué sans qu'existe aucune circonstance matérielle de contrainte ou de violences. Le seul « rapprochement charnel des sexes » constitue un viol avec violences. L'état de minorité est dans ce cas analysé et retenu par le législateur comme l'état de particulière vulnérabilité qui établit ou plus précisément présume la contrainte ou la violence. Dans ce cas on considère en effet que pour des raisons à la fois sociales, morales et psychologiques la minorité exclut la possibilité d'un consentement légitime

Le législateur a considéré que l'état de minorité était en lui-même suffisant pour établir l'existence d'une situation de contrainte et d'absence de consentement

Sanction :

En principe, l'infraction est punie de la peine de servitude pénale de 5 à 20 ans et d'une amende ne pouvant être inférieure à 100 000 francs congolais constants.

Cependant, la loi prévoit des circonstances aggravantes suivantes :

- La mort de la victime qui peut entraîner la servitude pénale à perpétuité contre l'auteur ;
- Le viol commis sur une personne mineure par un parent, un tuteur peut entraîner la déchéance de l'autorité parentale ou tutélaire et la possibilité de l'application du double de la peine.

Les violences sexuelles revêtent un caractère général et recouvrent d'autres infractions qui sont :

L'attentat à la pudeur (articles 167 et 168), l'excitation des mineurs à la débauche (articles 172), du souteneurs et du proxénétisme (174), la prostitution forcée (articles 174c), le harcèlement sexuel (article 174d), l'esclavage sexuel (article 174e), le mariage forcé (article 175f), la mutilation sexuelle (article 174g), la zoophilie (article 174h), la transmission délibérée d'une infection sexuellement transmissible

incurable(article 174i), le trafic et l'exploitation d'enfants à des fins sexuelles (article 174j), la grossesse forcée(article 174k, la stérilisation forcée (article 174l), la pornographie mettant en scène des enfants (article 174m et la prostitution d'enfants (article 174n).

1.2. OBJECTIFS DE LA PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE

1.2.1. OBJECTIF GENERAL

Contribuer à réduire les troubles et les conséquences psychosociales liés à la violence sexuelle.

1.2.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES

1. Aider/accompagner survivant/e à reprendre le quotidien tout en gérant et en apprenant à vivre avec ce qui s'est passé de la façon la moins perturbante possible.
2. Aider/accompagner le survivant à retrouver sa capacité de résilience
3. Aider/accompagner la victime à développer des mécanismes de défense constructifs (mécanisme de défense)

1.3. RESULTATS ATTENDUS

1. Un système de soutien communautaire en mesure d'accueillir, de référer⁴ et de soutenir la victime est en place
2. Un système de PEC psychosociale et de référence par les agents psychosociaux et les infirmiers est en place
3. Une PEC psychologique⁵par psychologue, psychiatre afin déceler les signes traumatiques, proposer un accompagnement quand cela est nécessaire est fonctionnel.
4. Un service proposant un traitement pharmacologique par un psychiatre et/ou un médecin généraliste est accessible

2. APPROCHE PSYCHOSOCIALE

2.1. DEFINITION

L'approche psychosociale est une approche globale de la personne en difficultés psychique et identitaire face à des problèmes qui dépassent ses capacités de réaction, de protection, d'autodéfense et d'adaptation.

⁴ Référence et contre-référence

⁵ Basé sur le programme national de santé mentale en RDC

Seul le soutien dans cette phase essentielle peut aider le/la survivant/e à retrouver la force psychique pour survivre, se reconstruire et donc se protéger.

Elle engage une collaboration entre les acteurs sociaux (psychologue clinicien, éducateur, assistant social, sociologue, assistant psychosocial....) de la santé, de la protection, du social et de l'individu.

L'intervention ne peut se faire que dans des liens et une prise en compte de l'environnement anthropologique⁶ et culturel mais elle doit aussi tenir compte des contextes politiques et sociaux pour comprendre, appréhender et soutenir chaque personne dans la réalité de son environnement, sa culture et dans son psychique. Ne pas oublier que l'assistant psychosocial tout comme l'infirmier neuropsychiatre, le psychologue clinicien et le neuropsychiatre aident la victime à s'aider.

2.2. AVANTAGES

1. S'intéresser aux besoins émotionnels/psychologiques des victimes
2. Amener à une compréhension des comportements et des capacités des populations touchées ;
3. Aider à développer un plan d'action adapté à la situation ;
4. Aider l'individu à connaître et accéder aux mécanismes et aux actions d'aide
5. Aider à garantir un concept holistique de soutien qui répond aux besoins physiques, émotionnels/psychologiques et sociaux de l'individu dans sa communauté.
6. Aider à prévenir les comportements inadaptés (abus de drogues, alcool...) et les maladies mentales

2.3. INTERVENANTS

2.3.1. RELAIS COMMUNAUTAIRE

Les membres des relais communautaires sont souvent choisis par la communauté. Ils sont connus de tous et peuvent être les premières personnes vers qui les victimes accourent pour demander de l'aide. Ils sont là pour écouter les besoins et pouvoir orienter rapidement vers une structure médicale et psychosociale. Ils accompagnent souvent les victimes vers les organisations de soutien. Ils ne doivent pas garder un fichier sur les victimes ni leurs noms et doivent prioriser la confidentialité de ce qui leur est raconté et de l'identité des victimes.

2.3.2. ASSISTANT PSYCHOSOCIAL

L'assistant psychosocial joue un rôle d'identificateur et d'accompagnateur des personnes agressées afin que des soins médicaux leur soient procurés. Ils auront d'autres fonctions qui se focalisent sur les effets émotionnels liés à l'après-agression. Viendront alors les

⁶ Social et culturel

nouvelles demandes pour les médiations familiales, l'éthique, le droit et le soutien psychosocial.⁷».

Un agent psychosocial doit savoir lire et écrire et avoir un niveau minimum de 4 ans post-primaire. Il doit avoir aussi une bonne capacité d'interrelation avec autrui, d'écoute et de discrétion. Il doit bénéficier d'une formation continue dans la prise en charge psychosociale et un suivi.

Un assistant psychosocial lors du recrutement doit montrer des capacités d'écoute, de préoccupations pour les autres, savoir garder des informations et être respecté et reconnu par la communauté. Il faut savoir que pas tout le monde est capable de faire ce travail et ce n'est pas parce qu'il n'y a personne dans la zone qu'il faut envoyer quelqu'un qui n'a pas les compétences.

La formation d'un assistant psychosocial doit se faire de la façon suivante :

1-il/elle devra être formé et supervisé par un assistant compétent et expérimenté. Le nouvel assistant psychosocial devra être présent lors des réunions avec le/la survivant mais ne devra pas participer activement. Il sera présenté au survivant, lui expliquant le but de sa présence mais il devra se tenir à l'écart de toute intervention pendant la réunion. Une révision du cas sera faite par la suite avec son superviseur. C'est le superviseur qui sera en mesure de voir si le nouvel assistant psychosocial peut entamer la partie de prise en charge directe sous supervision directe bien sûr, peut préparer un plan d'intervention et faire une évaluation après chaque intervention. Son superviseur assistera à toutes ses interventions et une révision devra être faite par la suite. Quand le superviseur estimera que le nouvel assistant est prêt, celui-ci pourra commencer ses réunions avec les survivants sans la présence nécessaire de son superviseur. Des sessions de révision des séances psychosociales devront continuer à se faire, et au moins 1 fois par mois, le superviseur sera présent lors de la séance psychosociale.

2.3.3. INFIRMIER NEUROPSYCHIATRE

Formé pendant au moins trois ans en neuropsychiatrie, il assure des soins infirmiers aux victimes, établit le diagnostic infirmier en vue d'amorcer une relation d'aide appropriée à la victime.

2.3.4. PSYCHOLOGUE CLINICIEN

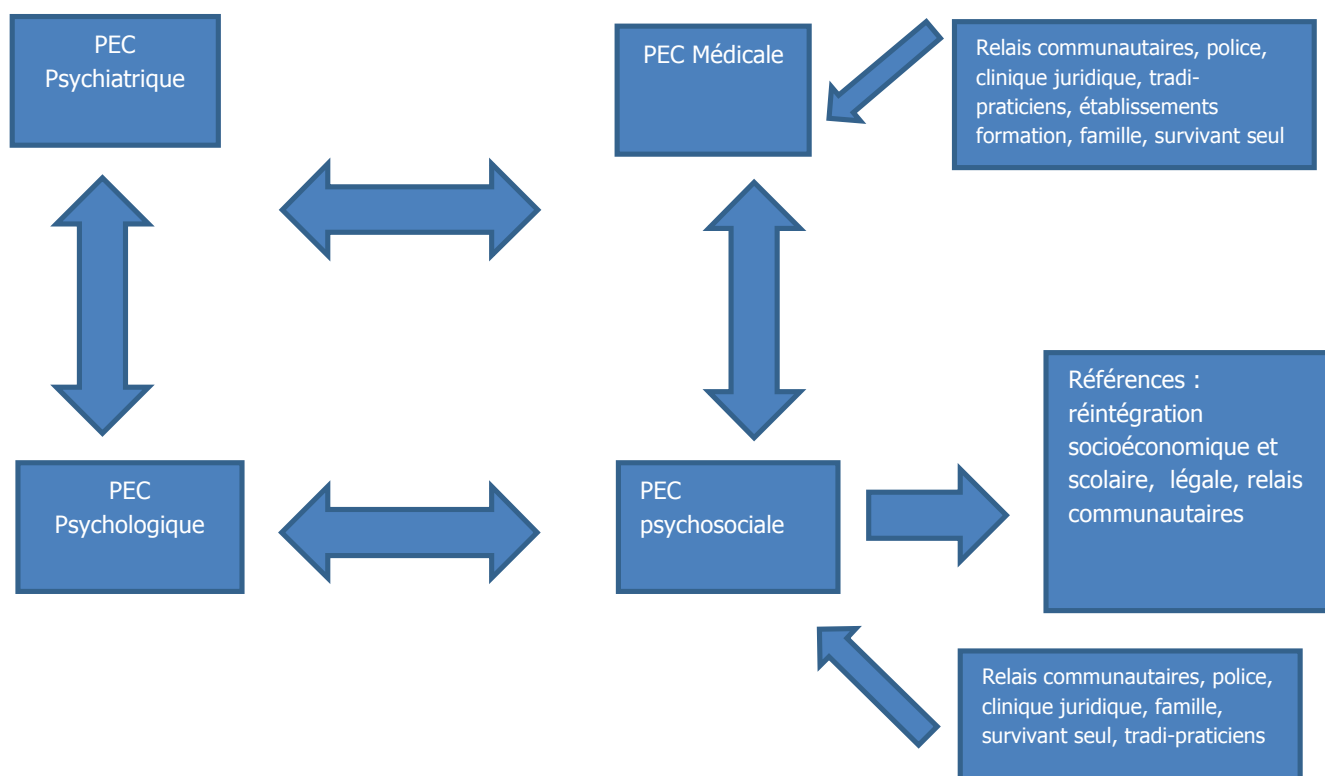
Formé pendant au moins cinq ans à l'université et spécialisé en psychologie clinique, le psychologue clinicien prend en charge les cas compliqués, établit un diagnostic et un plan de traitement thérapeutique basé sur les traitements psychologiques : les psychothérapies.

2.3.5. PSYCHIATRE

Formé en médecine d'abord et par la suite spécialisé en psychiatrie, le psychiatre/neuropsychiatre est en mesure d'établir un diagnostic poussé de l'état mental du/ de la survivant/e à travers des examens cliniques et para cliniques et il est le seul à pouvoir prescrire un traitement psychopharmacologique à la victime.

⁷ C. Laval, *Leçons d'humanité des conseillères de Goma*, Médecins du Monde France, 2007.

2.4. CIRCUIT DE PRISE EN CHARGE



Point de départ de la personne : il y a une multiplicité de points de départ : la famille, les relais communautaires, les **CLA**, les moniteurs protection, la police, la structure de santé, une clinique juridique.

Dans certains cas, la victime a peut-être déjà raconté son histoire à d'autres professionnels. Il est conseillé d'avoir cette information au préalable, si possible, afin d'éviter de lui faire tout raconter à nouveau.

3. PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE

3.1. ACCUEIL

3.1.1. DEFINITION, ROLE ET LIMITES

Il est important d'identifier si la personne a subi une agression sexuelle afin de la référer le plus rapidement possible pour la prise en charge. La victime peut être visiblement en état de choc et prostrée. Elle peut aussi ne manifester aucun signe d'appel.

C'est l'action de recevoir une personne qui a subi une agression, à son arrivée chez un réseau/relais communautaire, une structure de santé, un centre d'écoute, un commissariat de police ou une clinique juridique.

L'objectif est de protéger et d'identifier dans les plus brefs délais les besoins de la victime, afin qu'elle puisse être référée vers le service de prise en charge le plus adéquat. L'assistant psychosocial expliquera le parcours de prise en charge

1-la prise de contact psychosociale est la première dans ce cas mais la Prise en charge médicale est prioritaire

Interviennent : le réseau communautaire, le gardien de la structure médicale/commissariat/clinique juridique/centre d'écoute, la/le réceptionniste, assistant psychosocial

2-La victime reviendra vers la PEC psychosociale et c'est là où elle recevra aussi toute l'information du parcours de soutien global.

Interviennent : le réseau communautaire, le gardien de la structure médicale/commissariat/clinique juridique/centre d'écoute, la/le réceptionniste, agent/assistant psychosocial

3.1.2. IDENTIFICATION

Les personnes appartenant à une organisation devront éviter quelconque signe informant sur leur travail contre les violences sexuelles. (T-shirt...) afin d'éviter d'exposer la victime et de garantir la confidentialité. Néanmoins avoir un badge/document qui certifie qu'elle appartient à une organisation. La société civile pourra aussi accompagner les victimes.

3.1.3. LANGUE DES INTERVENANTS

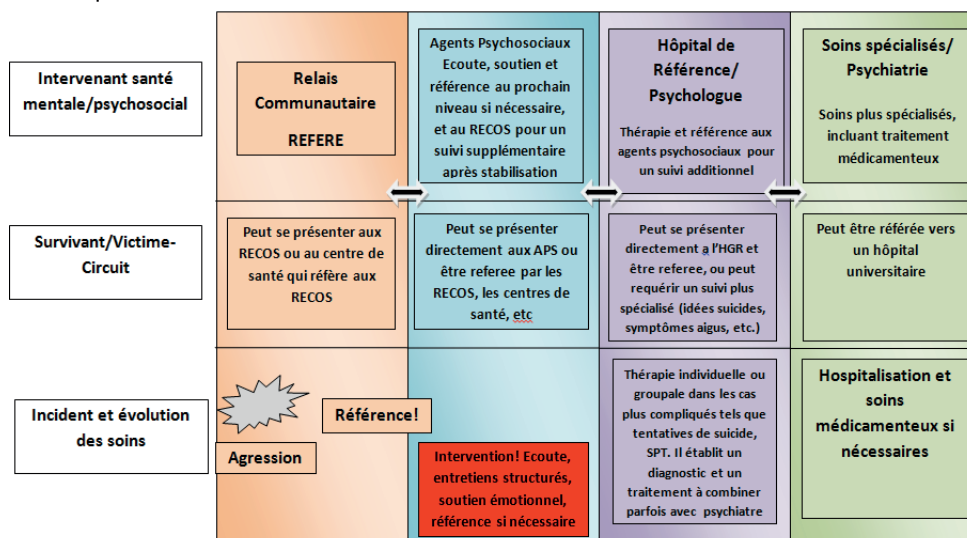
Parler la langue locale et le français. Avoir un traducteur si possible

3.1.4. SEXE DE L'INTERVENANT

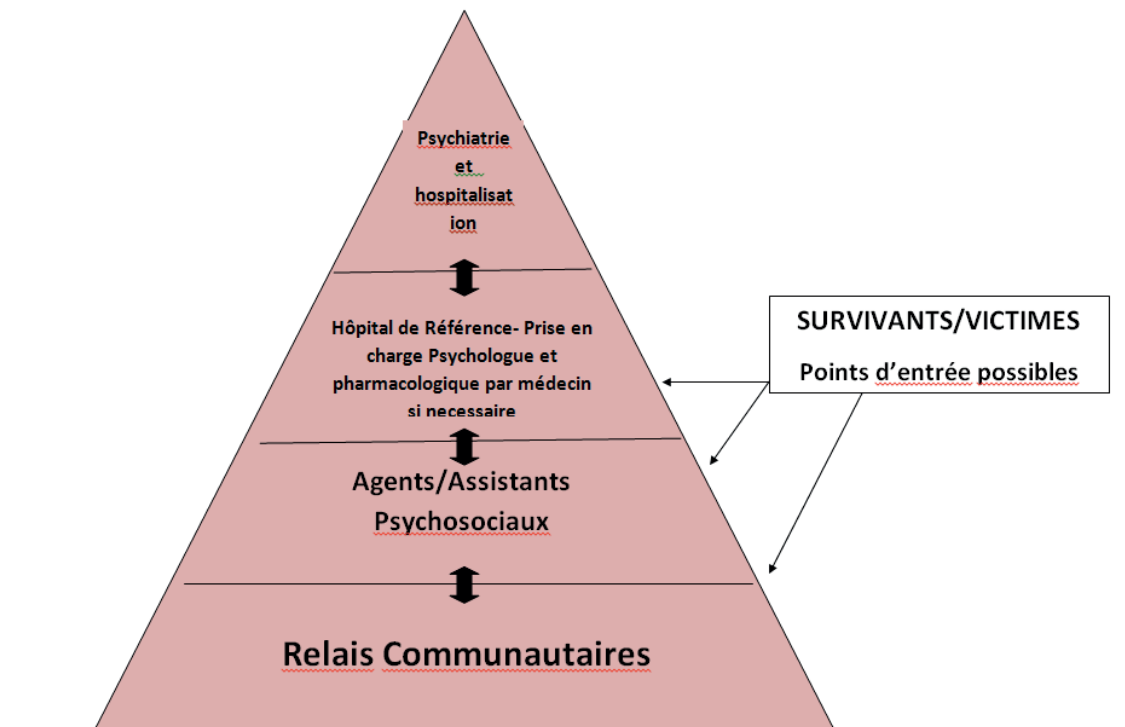
Dans la mesure du possible, avoir une personne du même sexe que le patient serait préférable.

3.2. PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE PROPREMENT DITE

Diagramme du soutien en santé mentale et psychosociale pour la prise en charge de survivants de violence sexuelle



Pyramide des Interventions pour les interventions en santé mentale et en soutien psychosocial



3.2.1. PREMIER ACCUEIL AVEC ASSISTANT PSYCHOSOCIAL

Le gardien réfère la personne vers l'assistant psychosocial.

Dans le cadre d'une agression sexuelle, la personne peut aller directement dans une maison d'écoute, un commissariat de police... Si elle arrive dans une maison d'écoute, l'assistant psychosocial la reçoit et lui demande si elle a déjà reçu une prise en charge médicale. Parler un petit peu avec la victime et mettre en marche le dispositif de référencement immédiatement. Si ce n'est pas le cas, prioriser ce soutien avant tout autre. Proposer de l'accompagner à la structure de santé avec la fiche de référencement.

Il faut toujours prioriser la PEC médicale. Lui proposer, si elle est seule, de l'assister dans le parcours de soutien, l'accompagner et la mettre en contact avec les personnel/points focal des structures de santé.

Ce qu'on attend de l'assistant psychosocial :

- demander le nom...
- demander si la victime a reçu soutien médical
- expliquer l'importance de la PEC médicale comme le moyen le plus rapide pour éviter les IST, le VIH/SIDA et une grossesse non-désirée.

Qualité de l'accueil

Accueil des survivants de violence sexuelle⁸.

Points clés : Note pour les assistants psychosociaux

Il a été constaté que l'accueil des survivants d'agression sexuelle est difficile parce que le/la survivant est souvent taciturne, se sent coupable et a honte. Elle ne veut pas révéler ce qui lui est arrivé à cause des conséquences psychologiques que nous avons vues.

Alors pour l'accueillir il faut se montrer bienveillant, accueillant, compatissant et préserver la confidentialité.

L'assistant psychosocial suivra les consignes suivantes⁹ :

- Expliquer au/à la survivant/e qu'elle a vécu un choc physique et émotionnel. L'informer à propos des symptômes post-traumatiques : émotionnels et physiques qui pourraient se manifester
- Avant tout, respecter la confidentialité en protégeant le/la survivant/e. Une confidentialité absolue est essentielle. Si la victime d'une agression sexuelle pense qu'un assistant psychosocial n'est pas digne de confiance, elle souffrira et l'assistant psychosocial ne pourra faire correctement son travail. Ainsi il doit veiller à ne pas raconter à l'extérieur une histoire que la victime d'un viol pourrait prendre pour la sienne, même si son nom n'est pas mentionné. Les victimes de viol penseront qu'elles ne peuvent faire confiance à une personne qui est incapable de garder le secret sur

⁸Médecins du Monde

⁹Se référer vers l'histoire /anamnèse

leur expérience. Cela dissuadera d'autres victimes qui n'ont pas encore parlé à personne de leur expérience d'aller le consulter.

- La confidentialité consiste à ne révéler à personne ni le nom de la victime ni son identité, ni ce qui lui est arrivée. Les informations écrites et les dossiers sur la victime doivent être conservés sous clef séparément. Certaines victimes d'agression sexuelle préféreront ne pas raconter leur histoire ni même à leur mari ou leur famille. Dans de nombreuses cultures, il y a une tendance à faire porter à la victime la responsabilité du viol.
- Rassurer la victime en lui disant qu'elle ne méritait pas d'être agressée, que ce qui s'est passé n'est pas de sa faute et n'a pas été provoqué par son comportement ou sa manière de s'habiller.
- Les femmes et les filles qui ont été agressées sexuellement pourront ne pas vouloir parler de leur tragédie à d'autres personnes à cause de la honte qu'elles ressentent. Il faut alors informer la victime que le support émotionnel fait partie de l'assistance dont elle a besoin. La motiver à se confier à une personne de confiance et à demander son soutien émotionnel : membre de sa famille ou une amie.
- Les relais communautaires doivent veiller à ce que la victime sache qu'elle peut se présenter dans un service médical parce qu'elle peut contracter une infection sexuellement transmissible ou tomber enceinte. Ne l'obligez pas à prendre des décisions mais faites-lui comprendre qu'elle a le droit d'avoir une aide médicale et psychologique et qu'elle peut accéder à cette aide.
- Proposer à la victime de l'accompagner ou la référer vers un service d'assistance médicale et psychosociale
- Manifester votre soutien et votre sollicitude pour la victime d'une agression sexuelle. Ne porter pas de jugement sur elle.
- Laisser la victime parler lorsqu'elle est prête à le faire. Elle parlera quand elle sentira qu'elle peut vous faire confiance. Ne pas la pousser à prendre des décisions.
- Trouver le moyen de l'aider à réduire l'isolement social de la victime avec son consentement.
- Un assistant psychosocial devra établir un plan de travail avec la victime, et devra inclure dans son rapport après chaque entretien son objectif, ce qui a été fait et où sont-ils arrivés. Relire avant de commencer le prochain entretien et l'utiliser pour préparer la prochaine séance.

Situations spécifiques

Enfants

Ne pas considérer l'enfant seulement dans sa situation d'enfant abusé : c'est avant tout un enfant.

Même si l'agression sexuelle fait encore peur, et que sa simple évocation risque de paralyser les professionnels, cet enfant souffre.

Il a besoin avant tout de quelque chose que chacun peut lui apporter : de l'empathie et de la chaleur humaine plutôt que de la technicité. Pour l'aider, il est aussi nécessaire de bien connaître les professionnels vers lesquels l'orienter. Il peut avoir des réactions très agitées et agressives de protection tout comme rester muet et à l'écart.

L'enfant peut se présenter :

1. Seul

- Si enfant marié
- Si dans un cas médical grave
- Si déjà enceinte
- Si enfant vivant dans la rue, sans tuteurs, ou dans l'impossibilité de retrouver ses parents dans l'immédiat,
- Comment protéger l'enfant s'il y a un risque par rapport à sa famille ou dans le cas où l'agresseur est un membre de sa famille ? Dans ces cas la prise en charge médicale est automatique et la structure médicale doit contacter les parents, un tuteur légal ou les services sociaux.

2. Accompagné :

- D'un ou de ses deux parents
- D'autres membres de sa famille
- D'un membre d'un réseau communautaire
- D'un membre de la communauté
- D'un personnel de la santé
- D'un (e) assistant (e) social(e)
- D'un membre de la Croix-Rouge
- D'un éducateur, maître d'école, directeur d'école
- D'un(e) agent psychosocial
- De la police
- De la famille de l'agresseur (il faudra en informer à l'arrivée au 2^{ème} accueil)

3. Accompagnement des enfants issus de viol :

Ce sont des enfants vulnérables avec un potentiel besoin de soutien à plus long terme qui devra tenir en compte la lutte contre la stigmatisation et le rejet donc plutôt centrer sur le social

Adolescents

Un adolescent n'est pas un grand enfant ni un petit adulte. L'âge estimé d'un adolescent peut être pris entre 12 et 18 ans. Il faudra tout de même voir au cas par cas car l'évolution et le développement émotionnel, physique et intellectuel de chaque enfant. Nous ne pouvons pas demander à un adolescent de dessiner, de jouer en nous permettant ainsi de l'observer. Il faut lui donner de l'espace, la possibilité de parler s'il le désire, et surtout ne pas le traiter comme un enfant. Il est aussi en âge de se questionner sur bien des choses. Un dossier d'un adolescent ne devra pas être fermé

quand nous penserons qu'il est arrivé à la résilience. La période de l'adolescence a des bas et des hauts et il faudra être à l'écoute de potentiels besoins.

Adultes

c1. Femmes enceintes

Comme dans les autres cas, la même approche doit être suivie. Il faut tenir compte que la femme enceinte violée ou enceinte suite au viol se voit confrontée à des difficultés qui entrent dans le registre de l'estime de soi mais aussi dans le contexte social, surtout dans le deuxième cas. Il se peut qu'elle rejette l'idée d'avoir un enfant et que des idées de perte et/ou d'abandon de l'enfant effleurent. Elle peut aussi avoir des idées d'autodestruction qui peuvent se traduire en tentative de suicide¹⁰.

Il ne faut pas oublier que l'enfant né suite au viol sera un rappel constant de ce qui s'est passé non seulement pour elle mais aussi pour sa famille et son entourage. Les assistants psychosociaux, les infirmiers neuropsychiatres, les psychologues cliniciens, les médecins et les psychiatres se doivent d'écouter la victime et ne pas faire semblant d'écouter. C'est lui expliquer qu'il est normal de penser à rejeter ce qui s'est passé et surtout ses conséquences mais que nous allons en parler et en discuter car il y a toujours d'autres options que la victime va trouver.

Pour les cas des enfants issus de viol, il est important de laisser le dossier ouvert jusqu'à 4 ou 5 mois après leur naissance, afin de suivre l'évolution de l'enfant (prévention de maltraitance). Il faudra travailler avec la famille et le couple sur l'acceptation de ce qui s'est passé, de l'enfant qui est venu, à travers des techniques de médiations, d'écoute et d'information.

c2. Personnes dépistées

La prévalence de l'infection VIH a un impact sur la santé mentale et va occuper une place importante dans la morbidité psychiatrique et psychologique générale des victimes. Des études ont montré que le sida avait de graves répercussions sur l'état de santé mentale des patients tels que la dépression mais aussi l'attaque du virus au niveau cérébral¹¹. Il faut aussi compter sur les effets indirects pour les familles endeuillées qui ont perdu des êtres chers à cause de cette maladie.

L'accompagnement psychosocial pour les personnes/familles touchées par le VIH peut favoriser la réduction de la stigmatisation à l'égard de la maladie. Il est aussi important que les programmes comprennent comment le VIH est perçu par la population pour adapter les messages de prévention (ex : VIH= Malheur ou punition ?)

¹⁰Voir partie sur le suicide

¹¹GUREJE. O & ALEM A., Elaboration des politiques de santé mentale en Afrique, *Bulletin of the WHO*, n°78, 2000,

Il faut travailler l'impossibilité d'avoir d'autres enfants, la peur de l'agression, le potentiel rejet du mari, de la famille, l'acceptation de l'enfant par la famille, la gestion de la maladie (avec le PNLs transmission, traitement et évolution de la maladie)

c3. Personnes âgées

Une personne âgée a atteint un certain statut qui lui confère un respect et un rôle dans sa communauté et dans sa famille. Elle ne bénéficie plus de ressources personnelles et dépend de sa famille. Une agression peut entraîner des conséquences physiques d'abord vu l'âge mais aussi émotionnelles et mentales. Elle peut se voir privée de son rôle familial et social, du respect, se voir rejeter sans ressources. L'attention à donner à ces personnes est la même que pour le reste mais il faut tenir compte de son état, de son âge, du sens que la perte et l'agression vont avoir en elle.

c4. Hommes/garçons agressés.

C'est un type d'agression moins connue mais qui existe tout de même. Un homme agressé va potentiellement se sentir coupable. Tout comme les femmes, son corps peut réagir et avoir une érection. Il peut alors se sentir coupable et mettre en doute sa masculinité. Il est important de faire comprendre que dans des situations extrêmes que nous ne contrôlons pas, notre corps peut réagir d'une façon inattendue et surtout mécanique. L'homme peut avoir des réactions émotionnelles et penser que sa masculinité n'est plus aussi définie qu'avant. L'enfant aussi pensant qu'il développe une attraction vers les autres garçons/hommes. Il faut expliquer que les réactions physiques mécaniques sont normales, qu'elles ne représentent pas un état permanent, et travailler sur l'estime de soi, l'objectif de l'agression. Moins fréquentes et surtout moins souvent révélées, les agressions sexuelles chez l'homme sont reconnues juridiquement. Le viol de l'homme peut être homosexuel ou hétérosexuel, une femme pouvant aussi en être l'auteur.

L'accueil des survivants de sexe masculin répond aux mêmes objectifs que l'accueil des survivants de sexe féminin, c'est-à-dire : informer, préparer à l'entretien, programmer les séances complémentaires et proposer un accompagnement.

Quelques éléments sont particuliers aux agressions des survivants de sexe masculin. Un diagnostic difficile à poser : très souvent la composante sexuelle n'est pas révélée d'emblée et la raison évoquée peut être bien loin de ce qui l'inquiète. Le dialogue et l'entretien préalable sont fondamentaux. Ils pourront conduire la victime à des révélations et l'aider à accepter ce qui s'est passé

c5. Adultes qui se présentent avec réquisition

La personne peut se présenter seule ou accompagnée d'un proche informé ou non de la situation, d'un officier de police, d'un membre d'ONG, d'ASBL ou être adressée par un confrère.

Si la victime est adressée sur réquisition, il faut lui expliquer le but de la réquisition, son importance et ses obligations légales. Ensuite, veuillez résumer la mission qui est confiée à l'assistant psychosocial et au psychologue clinicien formé.

Toute victime doit être informée de ses droits. Il faudra faire en sorte que les explications s'accompagnent de supports d'information (dépliant...) La victime décidera de le prendre ou pas de porter plainte, de se faire soigner

Fournir à la victime toute autre information utile, souligner le caractère confidentiel de l'entretien et expliquez-lui chaque phase de l'examen et les actes à poser. Demandez-lui si elle a des questions à poser ou une préoccupation

La réquisition

Acte par lequel une autorité judiciaire (procureur de la République, juge d'instruction ou officier de police judiciaire) fait procéder à un acte psycho-légal qui ne peut être différé.

Il doit cependant être capable d'expliquer aux autorités la nécessité d'orienter la victime vers une structure spécialisée pour une prise en charge plus adaptée et optimale d'emblée.

La réquisition est un document écrit comprenant toujours :

- l'identité et la fonction du requérant et de la personne requise.
- l'article du code fondant la demande (Code de procédure pénale).
- l'énoncé précis de la mission (exemple : procéder à un examen psychologique et délivrer un certificat psychologique descriptif).
- la signature et la date.

d. La famille

Il est important lorsque l'on travaille avec des personnes ayant subi une agression sexuelle, de ne pas oublier la famille ; d'une part parce qu'elle joue un rôle fondamental dans la guérison de la/du survivant/e souvent elle en est le moteur principal-, et d'autre part parce que des membres de la famille peuvent également être touchés de manière vicarie¹² par l'agression ou le manque d'affect de l'individu. Il n'est pas rare que les parents ou le mari ressentent de la colère, de la rage ou un grand sentiment d'impuissance et d'incapacité face à la personne ayant survécu l'agression. L'agression peut être cause de blessures psychologiques/émotionnelles pour les membres de la famille qui entourent la personne touchée, et il est donc très important, lorsque l'on travaille sur la prise en charge d'une/un survivant/e, de remettre ce processus dans le contexte de la famille, et de voir également comment celle-ci gère ou réagit à l'évènement. N'oubliez pas que les membres de la famille qui pourraient venir voir le professionnel intervenant peuvent également être des survivants eux-mêmes !

3.2.2. REFERENCES

Information pour la victime sur son parcours de soutien : Explication du circuit complet de soutien.

L'assistant psychosocial pourrait introduire l'explication au/à le/la survivant/e par : « Il y a des blessures physiques qui sont prises en charge par les médecins/infirmiers mais il y en a d'autres qui requièrent un autre type de soutien. Ce sont des blessures

¹² Secondaire parce qu'ils ont vu l'agression ou par le comportement de la personne vis-à-vis d'eux

psychologiques/émotionnelles dont il faut aussi s'occuper». Nous devons toujours expliquer au/à la survivant/e qu'il/elle a le droit de recevoir d'autres assistance comme :

a. Prise en charge médicale

Donner les informations sur les organisations de prise en charge médicale, de l'aide qui peut leur être fournie. Parler de l'importance de se faire soigner. Dans le cas d'agression sexuelle connue, prioriser la prise en charge médicale avant tout autre soutien.

b. Réinsertion socioéconomique ou scolaire¹³

Cette réinsertion dépend des critères de vulnérabilité établis. Toutes les victimes ne bénéficieront pas d'un soutien à la réintégration socioéconomique. Il est important de voir que cette activité peut aider à atteindre la résilience mais qu'elle n'est pas là pour sortir de la pauvreté. Pour les enfants de moins de 16 ans il est recommandé de soutenir leur intégration scolaire formelle, non-formelle ou informelle¹⁴. Mais il faudra voir au cas par cas.

Différentes références

a. Référence légale

Donner les informations nécessaires sur leurs droits et pour un éventuel dépôt de plainte, voire l'orientation vers une structure spécialisée. Elle peut être aidée dans ses démarches par un proche, l'assistante sociale de l'aire de santé ou une association d'aide aux victimes. Aujourd'hui, certains hôpitaux du nord Kivu disposent d'un kit de collecte des preuves qui est remis à la victime de moins de 72h qui décide de déposer une plainte. Il est constitué d'un désinfectant, pagnes/sandalettes (car si la victime donne son pagne il faut un de rechange), matériel chirurgical de première nécessité (souvent absent des centres de santé), de grandes enveloppes pour collecter les vêtements contenant les preuves) et des documents avec les représentations du corps de la femme/homme afin que les médecins décrivent où la victime a été blessée. Seul le médecin est habilité à remplir ce document diagnostic.

Référence médicale

La victime se présente dans les 72h ou après

Première chose à faire :

- Référer la victime vers une structure de santé.
- Voir si quelqu'un peut l'accompagner et le cas échéant, lui proposer de l'accompagner si possible.

¹³ Se référer au protocole d'intégration socioéconomique p 14 point VII

¹⁴ Voir protocole national de réintégration socioéconomique.

- Eviter de porter des signes distinctifs dans les vêtements qui pourraient stigmatiser la victime quand vous l'accompagnerez au centre de santé.
- Noter l'état de la victime (repliée sur elle-même, en pleurs, calme etc.)
- Demander si elle a de la famille qui pourrait l'accompagner, si elle veut que vous appeliez quelqu'un.

Référence juridique

c1. La collecte des preuves psycho-légales

Il faudrait conseiller à la victime et à ses accompagnateurs de conserver les vêtements portés par la victime au moment de l'agression, en leur expliquant qu'il est important que ni la victime ni ses vêtements ne soient lavés avant l'examen. Les prélèvements corporels doivent être faits dans un délai maximum de 72h après l'agression.

Toutefois, il est également possible de collecter des preuves psycho-légales qui aideront la victime à se pourvoir en justice si cette action est possible.

c2. L'ouverture d'une procédure judiciaire dépôt de plainte

Pourquoi collecter les preuves psycho-légales ?

L'évaluation psycho-légale a pour finalité d'évaluer l'état psychologique de la personne et quelles conséquences les agressions subies ont sur la personne, sa vie émotionnelle, familiale, sociale, professionnelle et sur sa situation économique.

Les preuves psycho-légales peuvent être utilisées pour étayer le récit d'une victime, confirmer un contact sexuel récent, démontrer l'usage de la force ou la contrainte et identifier éventuellement l'agresseur et évaluer les dédommagements lors d'un procès.

Il convient de prendre en considération les exigences et les compétences de la justice. C'est un psychologue clinicien formé ou un psychiatre qui pourront faire ce rapport mais devra se faire avec le consentement écrit de la/le survivant/e.

c3. Le certificat psychologique-légal

Le certificat psychologique peut-être transmis aux services juridiques ou aux organismes avec un mandat de protection seulement après accord explicite de la victime.

c4. Le soutien psychosocial/psychologique

Toute victime a le droit de recevoir un soutien médical et psychosocial. Lors des enquêtes judiciaires et des procès, il faudra s'assurer que la victime peut disposer de ce soutien.

3.2.3. CONTRE REFERENCE PSYCHOLOGIQUE : DEUXIEME ACCUEIL

Objectif

A la suite de l'urgence, la victime a été prise en charge médicalement. Un travail autour de la parole peut à présent être amorcé. La personne agressée doit être reçue rapidement et dans le calme pour qu'elle puisse parler, être écoutée et prise en charge. La personne doit se sentir rassurée et en confiance afin de ne pas vivre sa prise en charge comme une nouvelle agression.

Elle doit être reçue, de préférence, en tête à tête avec le prestataire de soin (médecin ou infirmier formé dans l'assistance aux survivants aux violences sexuelles, assistant psychosocial, psychologue, psychiatre) ou, à sa demande ou avec son consentement, en présence d'une tierce personne. Cependant, le prestataire de services sera le dernier à juger nécessaire ou pas la présence d'une tierce personne, surtout si cette personne constitue une influence négative ou provoque un blocage chez le(a) patient(e).

Intervenants et profil

Il s'agit cette fois-ci d'un professionnel de la santé : assistant psychosocial, psychologue, neuropsychiatre, médecin ou infirmier(e).

Le prestataire doit commencer par saluer poliment la victime, se présenter à elle et la faire asseoir convenablement. De préférence, utiliser la langue maîtrisée par la victime.

a. Identification

Le prestataire doit se présenter à la victime. Il dit ce qu'il est, ce qu'il fait et pourquoi il est là. Montrer la disponibilité pour le/la patient.

b. Langue du prestataire

Le prestataire devrait parler la langue de la victime. Le cas échéant, laisser la survivante libre de se choisir un traducteur, ou à défaut lui proposer un(e) traducteur (trice). Dans le cas où un(e) traducteur (trice) serait nécessaire, essayer dans la mesure du possible que cette personne soit du même sexe que le (a) patient(e) si ce (tte) dernière en exprime le besoin. Dans les deux cas, le traducteur devra se soumettre aux règles d'éthique et de confidentialité.

c. Sexe du prestataire

Dans la mesure du possible, avoir un prestataire du même sexe que la victime. Le cas échéant, lui proposer l'assistance dans la salle d'un autre prestataire de son même sexe ou sexe opposé.

d. Lieu de l'accueil et situation

L'accueil des victimes de violences sexuelles est primordial car il permet de reconforter, de rassurer les victimes choquées, fortement touchées, de les informer et de les préparer à la prise en charge en facilitant leur acceptation et son bon déroulement. Il permet

également de préparer la victime aux éventuelles suites tant sur les plans médical, psychologique, social et judiciaire.

Si possible, l'examen se tiendra dans une salle accueillante, sécurisante, en retrait, bien éclairée avec des chaises confortables à l'abri des regards. Eviter d'être derrière un bureau

4. PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE ET SANTE MENTALE

4.1. PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE

4.1.1. DEFINITION

¹⁵Psycho signifie pensée. Ce qui englobe la façon dont une personne pense, se sent, les émotions, la compréhension, les croyances, les désirs, les attitudes. Social se réfère aux façons dont les personnes vivent en relation avec les autres (familles, amis, voisins, communautés et l'environnement) et les influences entre les éléments.

Quelques éléments interviennent dans la compréhension de l'assistance psychosociale :

La philosophie de l'assistance psychosociale consiste essentiellement à ce que le bénéficiaire de l'assistance puisse être autonome. Ainsi la personne assistée prend en main son ou ses problèmes et participe activement dans la recherche des solutions durables. Le soutien moral et émotionnel est nécessaire car la personne qui demande l'assistance est dans la situation de tension psychologique et souhaite obtenir un équilibre par rapport à ses angoisses.

L'assistance psychosociale requiert donc une approche d'écoute, de compréhension, d'empathie et de support moral et émotionnel.

Une bonne assistance psychosociale doit éviter le conditionnement de l'assisté à une assistance éternelle.

Une bonne assistance psychosociale doit éviter de juger et de stigmatiser le bénéficiaire. L'assistant psychosocial doit éviter de fonctionner sur base des préjugés, des stéréotypes, des on-dit et des informations subjectives.

Une bonne assistance psychosociale repose sur la reconnaissance que le bénéficiaire dispose lui-même des solutions qu'il faudrait explorer et reconforter.

C'est un processus participatif où chacun a sa quote-part et où le cheminement est guidé et partagé.

4.1.2. REGLES ET ATTITUDES GENERALES

Il est fort important qu'un assistant psychosocial ayant reçu une formation de base et sans expérience préalable, devra se limiter après formation et entraînement, à l'écoute active. Dans le cas où la victime requerrait d'autres types de soutien, prière de la référer

¹⁵ Document Médecins du Monde France sur la formation des conseillères psychosociales

vers un assistant plus formé et expérimenté. Si nécessaire, référer le/la survivant/e au prochain niveau.

Il est aussi important d'établir une ligne de supervision des cas et du personnel. Disposer d'un mécanisme de soutien pour les assistants psychosociaux est aussi fort important.

NE PAS JUGER NI INTERPRETER (POUR TOUS)

- Variétés de comportements de la survivante
- Le comportement du prestataire influence l'attitude et/ou le comportement du/de la survivant/e et peut l'empêcher de développer des systèmes de résilience positifs ou les ralentir.
- Expliquer que certaines réactions et sentiments que la personne va expérimenter sont normaux et des phases à passer.
- Le prestataire ne doit en aucun cas juger/condamner
- Ne pas donner de conseils.
- Ne pas forcer à s'exprimer.
- Lui donner d'autres outils d'expression : crayons, jouets, mimique, jeux...
- La formulation des questions posées : pas de pourquoi mais plutôt des questions ouvertes.

Expliquer à la personne : « Des questions vont vous être posées afin de mieux comprendre votre situation émotionnelle, afin de mieux vous aider dans votre rétablissement ».

Note au prestataire :

« La capacité de résilience¹⁶ est un aspect primordial de la réhabilitation psychologique des victimes. En psychologie, la résilience correspond à la « capacité de l'individu à faire face à une difficulté ou à un stress importants, de façon non seulement efficace, mais susceptible d'engendrer une meilleure capacité de réagir plus tard à une difficulté. La résilience se compose d'un équilibre entre, d'une part, le stress et les difficultés et, d'autre part, la capacité de faire face à la situation et la disponibilité d'un soutien ».

Un bon entretien doit remplir des conditions suivantes :

1. La qualité de la présence physique :

- « le contact visuel » où le prestataire doit toujours tourner le visage vers la victime pour lui manifester son intérêt dans le cas où c'est possible.
- « le positionnement corporel » où il est important de respecter une distance suffisante permettant à la personne agressée de se sentir en sécurité sans qu'on se mette si loin qu'elle ressente un retrait.
- Une voix rassurante.

2. Attitude à suivre :

- Permettre à l'entourage de la victime d'exprimer pour son propre compte, sa souffrance, sa colère et son désarroi. La prise en charge de l'entourage permettra

¹⁶ Manuel MdM de prise en charge

aussi de soulager la victime qui vit parfois douloureusement les effets de son agression sur ses proches.

- Le respect de la personne, de ce qu'elle souhaite dire, faire, décider est primordial
- La confidentialité devra toujours être tenue dans toute circonstance, même quand le récit des faits est très dur ou affecte l'assistant psychosocial. Dans ces cas, il est important de référer la personne vers un autre collègue s'il n'arrive pas à prendre du recul
- La tenue du prestataire, son habillement

Règles de base de l'aide aux victimes

a. L'intérêt de la victime

La prise en charge doit être guidée par l'intérêt de la victime et ses décisions doivent être respectées. Dans le cas où il y a risque d'auto ou d'hétéro destruction, contacter un médecin qui pourrait éventuellement l'hospitaliser. Elle doit être informée qu'elle n'est pas obligée de répondre aux questions, qu'elle a le droit d'en poser, qu'elle peut interrompre l'entretien (médical, psychologique, social, etc.) à son gré et aussi refuser toute intervention proposée par les membres de l'équipe qu'elle juge irrecevable. Elle peut aussi demander à voir un/e autre assistant/e psychosocial.

b. La sécurité

La sécurité physique de la victime doit être assurée. Si ce n'est pas possible sur place, des mesures doivent être prises (réallocation, hospitalisation, accueil temporaire dans un centre ou chez une association, établissement dans une zone de sécurité du camp, transfert vers un autre camp, etc.). Lorsqu'une victime est relogée ailleurs, il est important de lui conseiller (ainsi qu'à sa famille) de ne pas divulguer les raisons de son transfert.

c. La confidentialité

Une confidentialité stricte est essentielle. Déroger à cette règle peut entraîner de graves conséquences pour la victime, en particulier si des mesures de protection adéquates ne sont pas assurées. Par ailleurs, cela peut décourager d'autres victimes à solliciter une assistance.

Cette confidentialité doit être garantie vis-à-vis de la famille (proche et élargie), des membres de la communauté et si la victime le souhaite, des autorités (police, autorités des camps, etc.). S'il est utile d'informer une personne de l'entourage de la victime, l'assistant psychosocial encouragera celle-ci à le faire, éventuellement en sa présence, mais il ne le fera pas seul. La seule exception serait celle où la vie de la victime, d'un de ses enfants ou d'un tiers serait en danger

Au cours du premier entretien, le respect de la confidentialité doit être expliqué à la victime afin qu'elle se sente libre de parler. Quand vous travaillez en équipe, où certaines informations sont partagées, la patiente a le droit d'être au courant tout comme qu'elle a la possibilité de demander que certaines choses ne soient pas dites lors de la réunion. Aussi pour les références c'est important de clarifier avec la patiente ce qui peut être partagé.

La stigmatisation

Il est essentiel d'éviter la stigmatisation. L'équipe doit prendre les précautions nécessaires pour que les personnes qui viennent chercher assistance ne soient pas identifiées comme ayant subi une agression sexuelle.

Attitudes

a. Respecter

Tout être humain se doit d'être respecté. N'oublions pas que la personne a déjà souffert d'un événement douloureux avant de prendre la décision de demander de l'aide. Le fait d'avoir survécu à cet événement ainsi que d'avoir le courage de venir à la consultation mérite le respect. Souvent, vous rencontrez la personne à un moment où la confiance en soi est faible et elle se sent isolée et rejetée par les autres autour d'elle. Le respect que vous montrez à la victime peut déjà contribuer au processus de résilience.

b. Ne pas juger

Ne pas juger le patient sur ses actions lors de l'attaque (l'absence de résistance, etc.) ou après (par exemple défaillance dans la demande d'aide ou le signalement de l'incident) est primordial. Beaucoup de victimes se sentent très coupables de leur propre comportement, en pensant qu'ils auraient pu éviter la violence. Il est important de souligner que la violence sexuelle est une violation des droits de la personne et est toujours la faute de l'auteur. Que les victimes se figent ou qu'elles n'aient pas pu échapper à l'agression, qu'elles aient ressenti quelques sensations, elles réagissent de la seule façon possible et c'est souvent cette réaction qui leur a permis de préserver leur vie.

c. Croire

Parler de violence sexuelle est très difficile. Beaucoup de victimes de violence sexuelle ne vont pas raconter toute leur histoire dans la première séance. Beaucoup de confiance est nécessaire avant qu'elles ne se sentent à l'aise et en sécurité pour dévoiler ce qui leur est arrivé. Il est donc très important de suivre la personne sur ce qu'elle amène et de croire à tout moment ce qu'elle dit car c'est comme ça qu'elle l'a perçu et vécu. Notre rôle n'est pas de rechercher la vérité de l'incident mais de travailler avec la vérité de la personne, ses perceptions et ses sentiments.

➤ Croire en la personne

Avoir subi une agression sexuelle a des conséquences énormes sur l'image, l'estime de soi et sur la confiance en soi. Beaucoup de victimes se sentent dévalorisées et dépersonnalisées. En tant qu'assistant psychosocial il est important de croire/savoir que chaque personne a ses propres capacités pour résoudre ses problèmes. En travaillant avec des victimes, il est plus important de croire en elles, de croire qu'elles ont des ressources en elles pour surmonter l'agression et retrouver un état de résilience. Au cours des entretiens, il faut rechercher activement ces qualités potentielles et positives, les reconnaître et les renforcer.

d. Etre empathique

L'empathie est une manière d'être en relation avec la patiente, en mettant à côté son propre cadre de référence et en essayant de voir les choses du point de vue de la patiente. C'est une façon de se mettre soi-même dans la position de la patiente et d'essayer de comprendre comment elle se sent à l'intérieur, tout en gardant une certaine distance. Il est important de comprendre la patiente sans fusionner avec elle, afin d'éviter d'être submergé par ses sentiments. En plus, il ne faut pas supposer, que la patiente se sentira comme vous vous sentiriez dans la même situation. Chaque personne à sa propre façon de réagir et de sentir.

e. Etre authentique

Chaque assistant psychosocial a sa personnalité, ses propres caractéristiques, ses expériences, sa façon de faire et de sentir, son approche à la vie, qui définissent sa façon d'interagir avec les autres et donc aussi avec ses patients. Etre authentique consiste à être bien en contact avec soi-même et de reconnaître ce que le patient évoque en nous mais le maintenir éloigné pendant nos séances avec la victime. Cette authenticité permet à l'assistant psychosocial d'être vraiment ouvert à la patiente et sincèrement intéressé. Le fait que l'assistant psychosocial est ouvert, franc et sincère, peut aider la/e patient/ à se sentir moins isolé/e, à avoir plus de confiance en elle/lui et à accepter mieux ses propres émotions et ses réactions.

f. Etre capable de reconnaître ses limites

Savoir où s'arrêter et quand référer vers un autre collègue. Se connaître et comprendre que nous ne pouvons pas tout prendre en charge, que des situations peuvent nous toucher plus que d'autres et que des fois nous allons même en revivre quelques-unes. Il ne faut pas être stoïque et se dire qu'il faut tout accepter, qu'il faut être fort. Nous devons nous permettre de nous retirer. Dans les cas plus difficiles, une référence vers un psychologue sera nécessaire.

4.1.3. ELEMENTS DU RÉCIT DES FAITS : ANAMNESE

L'art de poser des questions est l'un des principaux outils de l'assistant psychosocial pour apporter un soutien et aider le/la survivant/e à positiver son présent, à explorer ce qu'il ressent et ce qu'il pense, à mieux se comprendre lui-même et à prendre et évaluer ses propres décisions.

Il y a diverses façons de diviser les différents types de questions qui existent. Nous allons parler ici de questions ouvertes et fermées et de questions internes et externes

Questions ouvertes

Les questions ouvertes évoquent différentes réponses. En général, il est plus difficile de répondre à ces questions. La liberté dans la réponse permet au patient d'exercer un certain contrôle sur le déroulement de l'entretien, de développer différents points et idées personnelles, de fournir plus d'informations ou d'explorer certains aspects de son expérience. Poser des questions ouvertes peut servir à relancer le dialogue.

Les questions ouvertes commencent souvent par les expressions suivantes : Qu'est-ce que...? Peut-on parler de...? Pourriez-vous parler de...? Comment ressentez-vous...? Voulez-vous parler de...?

Il faudra cependant voir comment les adapter à la langue maîtrisée par le/la survivant/e de façon à porter le même sens.

La question 'pourquoi' est en général à éviter, car elle amène la personne au jugement. Elle est alors facilement comprise comme une accusation ou une réprimande et donne à la personne l'impression qu'elle doit se justifier ou se défendre. Il vaut mieux remplacer la question 'pourquoi' par des questions commençant par 'comment' ou 'quoi/qu'est-ce que'.

Questions fermées

Les questions fermées n'offrent qu'une gamme très étroite de réponses possibles, et appellent généralement à une réponse comme oui ou non, ou un chiffre suivi d'un silence pendant lequel le patient attendra la question suivante. La collecte d'informations est ainsi très limitée.

Le problème créé par les questions fermées est que la conversation est dirigée par celui qui pose la question et non pas par celui qui y répond. Cela peut réduire la capacité du patient à prendre des décisions et à s'exprimer

Par contre, comme c'est en général plus facile d'y répondre, elles peuvent aider le patient à parler de sujets dont il n'ose pas facilement parler (est-ce qu'ils vous ont torturé?) ou des sujets très émotionnels pour le patient.

Les questions fermées commencent souvent par les expressions suivantes :

Avez-vous ? Êtes-vous? Combien?

Histoire Psychosociale de la victime des violences sexuelles (PVVS)

C'est l'histoire de la personne. Pas d'un point de vue médical mais d'un point de vue émotionnel et social. Il existe deux documents différents : un pour les enfants un autre pour les adultes.

➤ Si l'anamnèse médicale a déjà été réalisée

Entamez un entretien avec le/la survivante. Demandez au prestataire de soins un résumé de l'anamnèse si possible, Le cas échéant, entamer l'anamnèse.

a. Pour un assistant psychosocial

S'assurer que la victime a déjà eu une prise en charge médicale. Le cas échéant, entamer la procédure.

Si la personne a été accompagnée par un proche, c'est ce proche qui assurera la continuité des soins. C'est la personne relais pour s'assurer que la démarche de soins fonctionne.

Voici ce qu'un assistant psychosocial face au/à la survivant/e devrait faire :

Dépendant du moment où le/la survivant/e arrive à la maison d'écoute,

- 1- demander si la survivante est déjà enceinte
- 2- si elle a déjà fait un test de grossesse
- 3- Si le dépistage HIV est fait et si la victime souhaite partager le résultat et demande du soutien, l'assistant pourrait avoir accès à cette information.
- 4- Savoir si la personne était en état de choc en PEC médicale qui lui permettra de voir son évolution.(positif/négatif) Expliquer que c'est pour savoir si la personne est plus calme ou encore secouée.
- 5- Les questions sont bien simples. Il faudra d'abord dire à la personne que vous allez parler un petit peu tous/tes les deux. Expliquer encore une fois qu'elle parlera quand elle le souhaitera.
 - a. Demander à la victime comment elle s'appelle, son adresse et sa profession
 - b. Lui demander si elle a des enfants, s'ils vont à l'école
 - c. Savoir si elle travaille dans les champs...
 - d. Lui demander si elle souhaite parler de ce qui s'est passé
 - e. Savoir comment elle se sent maintenant, qu'est-ce qui l'inquiète le plus.
 - f. Savoir si elle a pu parler à quelqu'un de ça, si elle peut se confier à quelqu'un
 - g. Savoir qu'est-ce qu'elle fait quand elle ne se sent pas bien (nous aide à voir ses mécanismes de défense)
 - h. Comment s'est-elle sentie quand c'est arrivé ?
 - i. Qu'est-ce qu'elle a fait ?

Essayer à tout moment que ce ne soit pas un interrogatoire mais une conversation que vous avez avec la personne. Les points de a-i sont pour orientation. Lors de cet entretien veuillez laisser la personne s'exprimer verbalement et non-verbalement, ne la forcez pas.

b. Pour un psychologue clinicien

Il devra rechercher les antécédents psychologiques, médicaux, des situations d'abus de substances psychoactives ou d'alcool (intoxication aux substances psychoactives). Il est important de savoir si la victime a eu des difficultés pendant son enfance et adolescence. Si elle a subi des traitements psychologiques auparavant, si elle a des changements d'humeur, si elle est triste. Il est important de savoir si la personne était déjà enceinte ou si elle est enceinte suite à l'évènement. Il devra noter l'attitude, la présentation, les expressions corporelles et verbales de la victime pendant l'entretien psychosocial et évaluer la cohérence du discours. Si le discours de la victime est incohérent savoir qu'il faut avoir recours à un spécialiste. S'il n'y a pas de spécialiste, avoir recours à la famille en établissant d'abord un plan d'action. Savoir que le soutien sera limité mais il permettra de contenir la personne dans les meilleures conditions. Il faut guider la famille pour lui permettre de savoir agir et ne pas nuire.

Procédure pour anamnèse avec un enfant

Un enfant a du mal à exprimer ses sentiments, à y mettre des mots et bien souvent à les comprendre. Tout comme pour les adultes, il va parler sur ce qu'il a vu/vécu en fonction de son âge et va l'interpréter en fonction de son évolution émotionnelle, intellectuelle, sociale. Son assistance à l'école ou pas aura aussi des effets sur sa compréhension, son

ouverture. Son état émotionnel, la façon dont il est traité/écouté va avoir aussi des conséquences. Il faudra lui donner les moyens d'expression à sa portée avec lesquels il se sentira à l'aise afin de lui permettre de s'exprimer le mieux et donc de pouvoir être aidé par la suite.

Il est important de connaître ses conditions de vie. Il peut être domicilié chez ses deux parents, l'un des deux, un proche, en fugue, en internat, vivant dans la rue. Les informations sur les situations de violences sexuelles sont le plus souvent décrites par les parents. Elles peuvent être :

Clairement révélées par l'enfant ou par une autre personne (en présence ou non de l'enfant).

- suggérées, avec plus ou moins de gêne et de sous-entendus.
- non évoquées par l'enfant mais suspectées par un tiers.

Par rapport aux moments des faits

Ils seront récents ou anciens, uniques ou répétés.

Par rapport à l'auteur

L'auteur présumé est nommé ou pas, l'enfant vit avec ou pas. Contacter dans tous les cas les services sociaux.

Par rapport aux faits et à l'accompagnement

Ils sont révélés pour la première fois ou ont déjà été révélés chez le médecin par exemple. Dans ce dernier cas le prestataire se fera préciser les conditions de la révélation et les suites déjà données. Il évaluera si l'enfant est soutenu par quelqu'un de la famille, un proche ou un professionnel. Il appréciera également si on croit l'enfant ou s'il est complètement seul avec son problème.

L'enfant révèle des faits récents.

Il a besoin d'être écouté, pas interrogé. Le médecin n'est pas un enquêteur : que l'enfant évoque ou non des faits réellement vécus, s'il en parle c'est qu'il a besoin d'aide.

Il a besoin d'être réconforté.

- L'agresseur est en dehors de la famille ; les parents ont aussi besoin d'aide et sont souvent trop choqués pour aider eux-mêmes leur enfant. Il faut chercher avec eux des relais.
- L'agresseur vit avec l'enfant ; celui-ci doit alors être protégé, le jour même s'il existe un risque de récurrence au domicile. Contacter les services sociaux

L'enfant révèle des faits anciens. Il a besoin d'être écouté au moment où il est prêt à parler. On peut le féliciter d'avoir réussi à le faire et l'encourager à parler en lui proposant notre aide.

L'enfant est amené par un adulte de son entourage qui allègue des révélations que l'enfant, souvent petit, lui aurait faites, dans un contexte, le plus souvent de conflit familial. Cette situation est la plus difficile, une évaluation pluridisciplinaire ne permet pas toujours d'y voir plus clair. Là encore le psychologue, l'infirmier (e) ou l'agent psychosocial n'ont pas pour mission de chercher la vérité.

Il doit veiller à apporter de l'aide à un enfant qui a pu réellement être agressé, toujours potentiellement en danger dans ce type de situation. Il peut aussi apporter son aide à un adulte toujours en difficulté.

Le prestataire doit pouvoir proposer à l'adulte de parler avec lui en dehors de la présence de l'enfant. Rapidement le prestataire doit introduire d'autres intervenants si nécessaire pour ne pas se retrouver inefficace ou utilisé, manipulé.

Il doit proposer de parler à l'enfant seul à seul. Il aura aussi besoin de parler aux parents à un autre moment qui pourront aussi lui donner des informations sur l'enfant, son attitude à la maison, à l'école s'il y va, avec ses frères et sœurs...

Vous pouvez donner à l'enfant des jouets, le laisser dessiner dans le cas où il sache s'en servir et se sente à l'aise. Il ne faut surtout pas interpréter le dessin. Laisse-le faire. Vous pouvez aussi l'observer quand il joue de façon voir ses réactions avec les autres, avec les objets. Vous pouvez utiliser des fiches d'observation afin de vous permettre de commencer à évaluer la victime. Rassurer l'enfant parce que l'on est un adulte, un danger potentiel pour lui.

Parler aussi avec les parents afin de savoir comment va leur enfant, s'ils ont observé des changements dans sa conduite...

Exemples de questions ouvertes à poser à l'enfant

Rassurer l'enfant en trouvant d'abord des accroches sur son quotidien, qu'est-ce que tu as fait ce matin...

Dire à l'enfant : si tu veux, nous pouvons parler de certaines difficultés et essayer de chercher des solutions.

Commencer par des questions ouvertes et simples que l'enfant puisse répondre. Entamer la conversation du plus générale, combien de frères et sœurs tu as...à plus tard, d'autres plus spécifiques quand cela est possible.

Lui poser des questions plus directes telles que :

Est-ce que quelqu'un t'a touché/caressé (les parties intimes) les seins, le zizi, la culotte,

Est-ce qu'on a introduit des objets entre tes jambes.

« C'est peut-être difficile pour toi d'en parler parce qu'on t'a peut-être dit que c'était un secret. »

« Peut-être t'a-t-on dit que quelqu'un pourrait mourir si tu révélais ce secret. »

« C'est peut-être quelqu'un que tu aimes beaucoup et c'est pour cela que c'est difficile d'en parler. »

L'enfant qui ne parle pas

Si l'enfant ne parle pas, le prestataire peut lui dire qu'il pourra parler plus tard, à lui-même ou à une autre personne de confiance. Il lui explique sans chercher à le faire parler qu'il comprend que c'est très difficile de dire certaines choses, surtout si on a subi des pressions, des menaces. Sans donner de détails, il rappelle qu'il y a des choses que les adultes n'ont pas le droit de faire aux enfants. Il propose à l'enfant de le revoir. Dans tous les cas, il convient de parler à l'enfant des autres personnes qui peuvent intervenir, l'ACCOMPAGNER vers/dans les étapes suivantes.

Le/ la survivant/e est une/un adolescent/e entre 15 et 18 ans

Ces jeunes sont plus fragiles, plus vulnérables. Ils peuvent se trouver dans une situation de détresse psychologique avec très souvent un sentiment de culpabilité, et ils ont souvent du mal à communiquer ce qui leur est arrivé. Un rôle important du prestataire est alors d'accepter, sans juger, les imprécisions du récit et de traduire les faits en termes cliniques simples. Comme pour les adultes, le prestataire n'est délié de ce secret professionnel que lorsque l'adolescent/e donne son accord.

Procédure pour une anamnèse avec un adulte

- **Sur réquisition**

Après avoir déposé la plainte [voir encadré sur la réquisition] :

- Les faits sont le plus souvent récents
- Parfois ils sont plus anciens, avec un délai plus ou moins long entre les faits et le dépôt de plainte.

- **Sans réquisition :**

- Les faits sont récents datant de moins de 3 jours, la victime ne veut ou n'ose pas porter plainte.
- Les faits sont plus anciens : la personne présente des symptômes psychiques, elle souhaite être rassurée sur son état de santé somatique ou demande un soutien psychologique. La révélation tardive peut faire suite à une réactivation à l'occasion de l'agression d'un de ses enfants ou membres de la fratrie, rencontre avec l'agresseur...
- La demande est parfois plus confuse, dans le cas d'une patiente demandant un certificat.
- Parfois encore le prestataire se trouve face à une victime « muette », présentant des séquelles d'agressions sexuelles anciennes non révélées. Il doit alors oser par des questions aider le ou la patient(e) à parler de ses sentiments, de ses préoccupations.

Ce qu'il ne faut pas faire :

Mettre en doute ou corriger la parole de la victime. L'écoute dubitative constitue une nouvelle agression morale. Croire ce que l'autre vous dit, c'est reconnaître son existence.

Culpabiliser la victime

Conseiller l'oubli.

Chercher à dédramatiser et à banaliser, dire que ça passera vite

4.1.4. TECHNIQUES DE SOUTIEN

Les Premiers Soins Psychologiques

a. Définition

L'approche immédiate et d'urgence d'une intervention psychologique des survivants de violences s'appelle : 'les premiers soins psychologiques'¹⁷ (PSP) est une description d'une réponse humaine de soutien à un autre humain souffrant et nécessitant un soutien.

b. Objectifs

Les principaux objectifs de PSP visent à :

- réduire la détresse
- aider à faire face aux besoins actuels
- établir un contact personnel de façon empathique et non intrusive.

Il peut être utilisé pour les adultes et les enfants.

- Leur offrir des soins et un soutien non-intrusifs et pratiques
- Evaluer leurs besoins et préoccupations
- Les aider à répondre aux besoins de base (par exemple, la nourriture et l'eau, de l'information).
- Les écouter, mais ne pas les forcer à parler.
- Les reconforter et les aider à se calmer.
- Les aider à se reconnecter à l'information, les services et le soutien social.
- Les protéger contre d'autres dommages.

Dans le contexte de la prise en charge psychosociale des victimes de violence sexuelle en DRC, les principes de premiers soins psychologiques peuvent être utilisés au niveau des communautés, au niveau des centres de santé, au niveau de maison d'écoute mais aussi au niveau des centres spécialisés ou des HGR comme une première réponse pour la victime.

Les 'sensibilisatrices', relais communautaire, personne clé de la communauté, infirmière, conseillères, psychologues sont peut être confrontés à des victimes de violence sexuelle dans beaucoup des circonstances. En général, une victime de violence

¹⁷Selon Sphère (2011) et l'IASC (2007),

sexuelle arrivent chez vous à la maison ou dans le centre où vous travaillez, mais il se peut aussi que vous rencontriez des victimes dans un cadre moins approprié comme par exemple après une séance de sensibilisation ou dans le cadre d'une intervention directement après un événement violent (passage/attaque des miliciens,...) ou en cas de conflit. L'approche décrite ensuite doit être adaptée selon la situation, la personne et vos propres possibilités et souvent seulement certaines étapes peuvent être suivies.

Le professionnel offrant le PSP doit couvrir 10 actions principales :

1. Etablir le contact et engager le processus avec la victime. N'oubliez pas de vous présenter.
2. identifier ses besoins immédiats et ses préoccupations, recueillir l'information et personnaliser le processus de PSP.
3. Calmer les survivants qui sont dépassés ou désorientés et leur offrir un soutien émotionnel.
4. fournir des informations sur les réactions que le stress peut causer.
5. Evaluer la sécurité immédiate et à long terme des victimes.
6. Proposer de référer les victimes aux organismes qui offrent une aide pratique spécifique pour certains besoins et préoccupations immédiats.
7. Aider à établir des contacts avec les premiers lieux et personnes de soutien.
8. Faire le lien pour la victime avec tout autre service nécessaire.
9. Prévoir et enregistrer des consultations de suivi durant lesquelles les niveaux de détresse seront réévalués.
10. référer les victimes vers des soins médicaux (idéalement soins psychiatriques) lorsque le PSP ne parvient pas à réduire le niveau de stress.

c. Principes de premiers soins psychologiques

Offrir les premiers soins psychologiques présuppose d'abord d'aider de façon responsable suivant 4 points :

1. Assister

Lorsque vous prenez la responsabilité d'aider dans les situations où les personnes ont été touchées par un événement douloureux, il est important d'agir dans le respect de la sécurité, la dignité et les droits des personnes que vous aidez.

➤ La sécurité

Évitez d'exposer les personnes à d'autres dommages suite à vos actions.

Assurez-vous, aux meilleurs de votre capacité, que les adultes et les enfants que vous aidez soient en sécurité et protégez-les contre les dommages physiques ou psychologiques.

➤ La dignité

Traitez les personnes avec respect, conformément à leurs normes culturelles et sociales.

➤ Les droits

S'assurer que les personnes ont accès à une aide impartiale, non discriminatoire.

Expliquer aux victimes qu'elles ont le droit de recevoir une assistance psychosociale, médicale, de recevoir une information détaillée sur sa PEC, de porter plainte, et d'accéder aux services disponibles.

Agir seulement dans le meilleur intérêt de la victime.

2. Adapter selon la culture

En RDC, les habitudes et coutumes diffèrent selon les régions et les différentes ethnies. Pour pouvoir assister une personne, il est important de s'informer des différentes habitudes et coutumes qui existent, pour savoir comment interagir avec elle, pour savoir ce qui peut être dit et fait. Il est aussi important d'être conscient du contexte culturel et de vos croyances de sorte que vous puissiez réussir à mettre de côté vos propres préjugés. Il faut essayer d'offrir de l'aide de façon la plus appropriée et confortable pour les gens que vous soutenez.

3. Etre au courant d'autres mesures de la réponse d'urgence

En cas de conflit ou d'un incident de violence, il est important d'être au courant des acteurs qui interviennent et des services qu'ils fournissent. Aussi de façon générale, il est important d'être au courant des acteurs qui interviennent dans la prise en charge des victimes de violence sexuelle pour que vous puissiez partager ces informations avec elles et leur expliquer comment accéder à ces services.

4. Prendre soin de soi-même

Aider de façon responsable signifie aussi prendre soin de sa propre santé et bien-être. Comme un intervenant, vous pouvez être affecté aussi par ce que vous vivez ou ce que vous avez vécu dans une situation de crise, ou vous ou votre famille peut être directement touché par l'événement. En plus, le fait d'écouter des histoires de violences sexuelles peut vous affecter aussi. Il est important de faire attention à votre propre bien-être et vous assurer d'être physiquement et émotionnellement capable d'aider les autres. Prenez soin de vous afin que vous puissiez mieux prendre soin des autres. Le cas contraire veuillez référer la victime vers un autre professionnel. Mettre à disposition des assistants psychosociaux des outils qui leur permettront de gérer leurs émotions dans leur quotidien.

d. Manières d'offrir les premiers soins psychologiques

d1. Bonne communication

La façon de communiquer avec une personne en détresse est très importante. Les personnes qui ont vécu une situation de crise, comme une violence sexuelle peuvent être très accélérés, anxieux ou confus. Certaines personnes peuvent se sentir responsables de ce qui s'est passé au cours de la situation de crise. Etre calme et montrer la compréhension peut aider les personnes en détresse à se sentir plus en sécurité, comprises, respectées et soignées de manière appropriée en rassurant la bonne confidentialité.

Quelqu'un qui a vécu un événement perturbant peut avoir envie de vous raconter son histoire. Écouter l'histoire de quelqu'un peut être un grand soutien, mais il est

primordial de ne pas faire pression qu'il vous dise ce qu'il a vécu. Beaucoup de victimes de violence sexuelle, par contre, peuvent ne pas vouloir parler de ce qui s'est passé ou de leur situation. Toutefois, elles peuvent apprécier que vous restiez auprès d'elles tranquillement, en leur faisant savoir que vous êtes là si elles veulent parler, ou offrant un soutien pratique comme un repas ou un verre d'eau. Ne pas trop parler, mais plutôt laissez-les dans le silence. Garder le silence pendant un certain temps peut donner à la personne affectée l'espace et le courage de partager avec vous si elle le souhaite.

Afin de mieux communiquer, il faut être conscient de ses mots et son langage corporel, comme ses expressions faciales, ses gestes et sa façon d'être assise ou d'être debout, sa voix, son regard. Chaque ethnie a sa façon particulière de se comporter, qui est appropriée et respectueuse. Il faut parler et se comporter, en tenant compte de la culture de la personne, l'âge, le sexe, les coutumes ou la religion.

Dans le cadre suivant, il y a des suggestions pour ce qui est à dire et à faire, et ce qui est à éviter. Le plus important d'être soi-même, être g enuine et sincère en offrant l'aide.

A dire et à faire	A ne pas dire et à ne pas faire
<ul style="list-style-type: none"> • Essayer de trouver un endroit tranquille et confidentiel pour parler et minimiser les distractions extérieures. • Respecter la vie privée de la personne et la confidentialité, • Rester près de la personne, mais garder une distance appropriée selon leur âge, le sexe et la culture. • Faites-lui savoir que vous l'écoutez, par exemple, par de hochement de la tête ou en disant "humm...." • Expliquer votre rôle et le service que vous pouvez lui rendre • Etre patient et calme, authentique et empathique (attitude de neutralité bienveillante) • Encourager l'expression des sentiments, des émotions et par la suite stabiliser, normaliser et bien clôturer la séance. • Fournir des informations factuelles, si vous en avez. Etre honnête au sujet de ce que vous savez et ne savez pas. "Je ne sais pas, mais je vais essayer de trouver plus d'informations pour vous." • Donner des informations d'une manière que la personne puisse comprendre- 	<ul style="list-style-type: none"> • Ne pas forcer quelqu'un à raconter son histoire. • Ne pas interrompre ou précipiter quelqu'un quand il raconte son histoire (par exemple, ne regardez pas votre montre ou ne parlez pas trop vite) • Ne pas toucher la personne si vous n'êtes pas sûr s'il est appropri�e de le faire. • Ne pas juger ce qu'il a ou n'a pas fait, ou ce qu'il ressent. Ne dites pas: "Vous ne devriez pas ressentir de cette façon", ou «Vous devriez vous sentir content d'avoir survécu." • Ne pas laisser la survivante sans être stabilisée et normalisée • Ne pas inventer des choses que vous ne connaissez pas. • Ne pas utiliser de termes trop techniques. • Ne pas raconter des histoires des autres ni la nôtre. • Ne pas parler de vos propres problèmes. • Ne pas donner des fausses promesses ou des fausses assurances

<p>garder les choses simples.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconnaître ses sentiments, et des pertes ou des événements importants qu'il partage avec vous, comme la perte de la maison ou la mort d'une proche. "Je suis tellement désolé. Il me semble que c'est très triste pour vous. " • Reconnaître les points forts de la personne et comment elle a fait pour s'en sortir. • Soutenir et reconforter la survivante • Permettre des silences • Identifier/reconnaître ses limites techniques, émotionnelles, sociales, familiales, physiques ainsi que ses forces • Savoir à quel moment il faut s'arrêter et référer à une autre personne • Etablir un plan d'intervention avec le/a survivant 	<ul style="list-style-type: none"> • Ne pas penser et agir comme si vous deviez résoudre tous les problèmes de la personne à sa place. • Ne pas enlever la résilience de la personne ou le sentiment d'être capable de prendre soin de soi-même. • Ne pas parler des gens en termes négatifs (par exemple, «fou» ou «folle»). • Ne pas montrer ses sentiments tels que pitié, tristesse, amitié, compassion, sympathie • Ne pas minimiser la souffrance de le/a survivant • Ne pas banaliser le cas comme : « tu n'es pas la seule, ce n'est pas la fin du monde, c'est la volonté de Dieu... »
--	---

d2. Préparation

Avant d'intervenir auprès des survivants de violences sexuelles, il faut se préparer et se renseigner.

En cas d'incident de violence ou de conflit, il est important de s'informer par rapport à l'événement. En général il faut se renseigner des services de support disponible et de la sécurité. Les questions suivantes peuvent être prises en considération :

➤ Avant de commencer : prendre des informations par rapport à :

L'incident critique	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-il arrivé? • Quand et où a-t-il eu lieu? • Combien de personnes sont probablement affectées et qui sont-elles?
Les services disponibles	<ul style="list-style-type: none"> • Qui fournit les services pour répondre aux besoins de base comme les soins médicaux d'urgence, nourriture, eau, abri ou recherche de la famille? • Où et comment sont ces services accessibles? • Qui d'autre donne un support? Les membres de la communauté sont-ils impliqués?
La sécurité	<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que l'incident est fini ou en cours (est-ce que le conflit continue)? • Quels dangers peuvent être dans l'environnement (comme les rebelles, les militaires ou les infrastructures endommagées)?

	<ul style="list-style-type: none"> • Y a-t-il des zones à éviter pour cause d'insécurité (par exemple, les conflits en cours), ou des dangers physiques évidents ou parce qu'il n'est pas permis d'être là?
--	--

➤ **Regarde, écoute et reconnecte**

Les trois principes de base des premiers soins psychologiques sont : regarde, écoute et connecte.

Principes	Activités
Regarde	<ul style="list-style-type: none"> - la sécurité - des personnes avec des besoins de base urgents - des personnes avec des réactions de détresse sérieuses
Ecoute	<ul style="list-style-type: none"> - Etablir contact avec des gens qui nécessitent un soutien - Demander les besoins et les préoccupations des gens - Ecouter les gens et aider-les à se sentir calmes
Reconnecte	<ul style="list-style-type: none"> - Aider les personnes à adresser leurs besoins de base et à accéder à ces services - Donner des informations - Aider les personnes à gérer leurs difficultés - Reconnecter les personnes avec leurs proches et avec le soutien social

• **Regarde**

Comme expliqué avant, la façon de mettre en pratique les premiers soins psychologiques diffère selon les situations rencontrées. En général, vous rencontrez des victimes de violence sexuelle de façon individuelle. Si vous intervenez après des incidents violents ou dans le contexte du conflit, vous pouvez être confronté à plusieurs personnes au même moment.

Regarde pour la sécurité

Dans les deux cas de figure mentionnés, il est important de regarder la sécurité de la personne et de s'assurer dans la mesure de possible qu'elle soit en sécurité. En plus, il faut essayer de protéger la personne d'être exposée à des événements traumatiques supplémentaires ou aux rappels traumatiques.

Regarde les personnes avec des besoins basiques urgents évidents ou avec des réactions de détresse sérieuse

Le principe de 'regarder les personnes avec des besoins de base urgents évidents ou avec des réactions de détresse sérieuse' est seulement applicable quand confronté à plusieurs personnes à la fois et se fait de façon générale et est indépendant de la prise en charge des victimes de violence sexuelle.

Regarder les victimes de violence sexuelle après des incidents de violence ou en cas de conflit doit être fait avec beaucoup de sensibilité, discrétion et respect. Les approches suivantes peuvent aider à garder la confidentialité et à éviter la stigmatisation :

- Il est possible de commencer avec une sensibilisation de groupe par rapport à la prise en charge médicale (prise en charge de victimes de violence sexuelle fait partie par exemple de la prise en charge de la santé de la femme / santé

reproductive) ou psychologique (prise en charge des personnes affectées par la violence en général) offerte. Les personnes intéressées peuvent passer après pour des consultations individuelles.

- La question par rapport à la violence sexuelle peut aussi être posée dans le cadre de prise de témoignage qui est récolté de façon individuelle et discrète.
 - Une attention spécifique doit être mise sur les personnes vulnérables comme des femmes seules et des enfants seuls, qui doivent bénéficier d'une approche individuelle.
- **Ecoute**

Bien écouter la personne que vous aidez est essentiel pour comprendre sa situation et ses besoins, pour l'aider à se calmer, et pour être en mesure d'offrir une assistance appropriée. Apprenez à écouter

Avec vos yeux : montrant à la personne toute votre attention
Avec vos oreilles : écouter attentivement les préoccupations de la personne
Avec votre cœur : avec compassion/empathie et le respect

1. Etablissez le contact avec les personnes qui ont besoin de soutien:

- Approchez les survivants avec respect, en suivant les 'règles' ethniques.
- Présentez-vous, en disant son nom et celui de l'organisation.
- Demander si vous pouvez aider.
- Si possible, trouver un endroit sécurisé, tranquille et confidentiel pour parler.
- Aidez la personne à se sentir à l'aise, en offrant par exemple l'eau, si vous le pouvez.
- Rassurez de la confidentialité
- Essayez de garder la personne en toute sécurité.
 - o Relocalisez la personne d'un danger immédiat, si c'est sécurisant de le faire
 - o Si la personne est très en détresse, essayez de s'assurer qu'elle ne reste pas seule.

2. Demandez les besoins et préoccupations de la personne:

- Bien que certains besoins puissent être évidents, comme une couverture ou des habits pour une personne dont les vêtements sont déchirés, demandez toujours les besoins et les préoccupations de la personne.
- Essayez de savoir ce qui est plus important pour elle en ce moment, et aider à définir ses priorités.

3. Écoutez la personne et l'aider à se calmer:

- Rester près de la personne.
- Ne pas forcer la personne à parler.
- Être à l'écoute en cas où elle veut parler de ce qui s'est passé.
- Si elle est très en détresse, aidez-la à se calmer et essayer de l'assurer qu'elle n'est pas seule.

- **Reconnecte**

Les personnes peuvent se sentir vulnérables, isolées ou impuissantes après un événement douloureux, comme une agression sexuelle. Dans la plupart des cas, leur vie quotidienne est perturbée, elles peuvent être incapables d'accéder à leurs supports habituels, ou elles peuvent se retrouver tout d'un coup vivant dans des conditions stressantes. Reconnecter les gens avec le soutien pratique est un élément clé de l'PSP. Garder en tête qu'en général vous n'êtes pas là que pour aider pendant une longue période de temps et les personnes touchées auront besoin d'utiliser leurs propres capacités d'adaptation pour se remettre dans le long terme. Aider les personnes à s'entraider eux-mêmes et à reprendre le contrôle de leur situation

1. Aidez les personnes à répondre aux besoins de base:

En aidant les personnes à répondre aux besoins de base, envisager les mesures suivantes:

- Immédiatement après une agression sexuelle, tentez d'aider la personne en détresse d'accéder à des besoins de base sur sa demande, tels que l'assainissement, vêtements, eau, nourriture, etc.
- Vu l'importance d'une prise en charge médicale la plus vite possible, une priorité doit être donnée à la référence pour les soins. Demandez d'abord quand l'agression est arrivée. Si la personne est encore dans le délai de 72 heures, elle doit être référée le plus vite possible vers les soins médicaux.
- Puis demander les autres besoins spécifiques de la personne. Ensuite essayer de lier les personnes à l'assistance disponibles, tels que les soins de santé, des vêtements ou des articles pour l'alimentation des enfants en bas âge.
- Assurez un accompagnement des personnes vulnérables et marginalisées et s'assurer également qu'elles ont accès aux besoins essentiels et les services disponibles
- Suivez les personnes si vous avez promis de le faire.

2. Donner des informations:

En générale, les personnes touchées par une situation de détresse sévère ont besoin d'obtenir des informations précises sur l'événement (par exemple en cas de conflit général), les proches ou d'autres personnes qui sont touchées, leur sécurité, leurs droits, et sur comment accéder aux services et les choses dont elles en ont besoin. Obtenir des informations précises peut être difficile. La situation peut changer à tout moment. Vous ne pouvez pas avoir toutes les réponses à un moment donné.

- Recherchez à savoir où obtenir de l'information correcte, et quand et où obtenir des mises à jour.
- Essayez d'obtenir autant d'informations que vous pouvez avant de vous approcher des gens à qui offrir un soutien.
- Essayez de garder à jour vos informations sur les questions de sécurité, les services disponibles et en cas de crise plus générale, l'évolution de la crise.
- Assurez-vous que les gens soient informés de ce qui se passe et sur tous les plans.
- Si les services sont disponibles (services de santé, la recherche des familles, le logement, la distribution alimentaire), assurez-vous que les gens connaissent et sont en mesure d'y accéder. Fournissez les coordonnées ou d'un renvoi direct aux services pour les personnes dans le besoin.

- Assurez-vous que les gens vulnérables également connaissent les services existants. (Voir la section XX)

En donnant des informations aux personnes touchées :

- Expliquez la source et la fiabilité des renseignements que vous fournissez.
- Seuls dire ce que vous savez. Ne constituez pas des renseignements ou donnez des assurances fausses.
- Conservez des messages simples et précis, et répéter le message pour être sûr que les gens entendent et comprennent l'information.
- Il peut être utile de donner des informations aux groupes ou aux personnes, que tout le monde entend le même message, afin de réduire les rumeurs, la peur et la frustration.
- Faites savoir aux personnes que vous allez les tenir au courant et quand et comment que vous allez le faire.

Il faut garder en tête que les gens peuvent ventiler leur frustration et colère sur la personne qui donne des informations, peut aussi recevoir la frustration des gens et de colère. Ce qui arrive surtout c'est quand les questions en attente ne sont pas répondues. Dans ces situations, essayer de rester calme et de faire preuve de compréhension.

3. Aidez les personnes à faire face aux problèmes:

Une personne en détresse peut se sentir submergée par les soucis et les craintes. Aidez-la à tenir compte de ses besoins les plus urgents, à établir des priorités et à y répondre. Par exemple, vous pouvez l'aider à voir ce qui est le plus urgent (en général ça sera la prise en charge médicale pour les victimes de violence sexuelle), et ce qui peut attendre pour plus tard. Être capable de gérer un certain nombre de questions permettra à la personne un plus grand sentiment de contrôle de la situation et de renforcer sa propre capacité d'adaptation. Aider une victime à mieux gérer l'agression, ce fait a en général deux étapes.

Si la personne ne se sent pas à l'aise d'aller seule pour se faire soigner, aidez-la à identifier les personnes de ressource dans sa vie pour voir s'il y a quelqu'un qui peut l'accompagner

- Donnez des suggestions pratiques pour que la personne puisse répondre à ses propres besoins. Par exemple, expliquez comment la personne peut faire pour aller se faire soigner.

Dans une deuxième étape, si la personne revient après la prise en charge médicale, vous pouvez l'aider un peu plus en profondeur à faire face à ce qui est arrivé.

- Souvent, il est important d'expliquer les réactions courantes de stress, éprouvées par des victimes de violences sexuelles. Avoir des réactions de stress pourra amener la confusion, être alarmant ou aussi faire peur à la patiente. Lui expliquer que ces réactions sont normales, peut aider déjà à mieux comprendre et diminuer son stress.
- Demandez à la personne à examiner comment elle a fait face à des situations difficiles par le passé, et affirmez et renforcez sa capacité à faire face à la situation actuelle.

- Demandez à la personne ce qui l'aide à se sentir mieux. Encouragez-la à utiliser des stratégies positives d'adaptation et d'éviter les stratégies d'adaptation négatives (voir ci-dessous).

Mécanismes de défense

Tout le monde a les mécanismes naturels d'adaptation. Encourager la personne à utiliser ses propres stratégies d'adaptation positives, tout en évitant les stratégies négatives, afin qu'elle puisse se sentir plus fort et retrouver un sentiment de contrôle. Les suggestions suivantes doivent être adaptées à la culture et à ce qui est possible dans le contexte.

Encourager des stratégies positives de gestion	Décourager des stratégies négatives de gestion
<ul style="list-style-type: none"> • Reposez-vous suffisamment. • Mangez aussi régulièrement que possible, et boire de l'eau. • Parlez et passer du temps avec la famille et les amis. • Discutez/partagez de vos problèmes/idées avec une personne en qui vous avez confiance. • Faites des activités qui vous aideront à vous détendre (marcher, chanter, prier, jouer avec les enfants). • Faites des exercices physiques. • Trouvez des moyens sûrs pour aider les autres et engagez-vous dans des activités communautaires. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ne prenez pas des drogues, ne fumez pas ou ne buvez pas de l'alcool. • Ne dormez pas toute la journée. • Ne travaillez pas tout le temps sans aucun repos ou détente. • Ne vous isolez pas des amis et de proches. • Ne négligez pas l'hygiène personnelle de base. • Ne soyez pas violent.

4. Reconnecte les personnes avec leurs proches et avec le soutien social

Les personnes qui sentent avoir un bon soutien social après avoir vécu un événement traumatique, gèrent mieux cet événement que celles qui estiment qu'elles n'étaient pas bien soutenues. Par conséquent, de relier les gens avec leurs proches et le soutien social est un élément important dans les premiers soins psychologiques.

- gardez les familles ensemble et de garder les enfants avec leurs parents et proches.
- Aidez les gens à communiquer avec des amis et des parents afin qu'ils puissent obtenir de l'aide
- Si une personne indique que la prière, les pratiques religieuses ou le soutien des chefs religieux pourraient être utiles pour elle, respectez cette volonté.
- Les survivants peuvent être mis ensemble pour s'entraider mais il faut le faire avec de précaution afin d'éviter la stigmatisation. Les différentes personnes doivent être bien informées et préparées pour que leur décision d'y participer soit bien réfléchie. De nouveau, ne jamais forcer une personne à participer.

d3. Finir les premiers soins psychologiques

Qu'est-ce qui se passe ensuite? La façon de finir l'intervention varie selon leçon texte de la situation, votre rôle et les besoins des personnes que vous aidez. Utilisez votre bon jugement pour évaluer la situation, les besoins de la personne et de votre propre besoin pour mettre fin à votre intervention.

Si vous avez référée la personne vers d'autres services, expliquez à quoi elle peut s'attendre et assurez-vous qu'elle a le nécessaire pour être suivi.

Si vous êtes plus disponible et la personne a toujours besoin d'un soutien, essayez de la mettre en contact avec quelqu'un d'autre.

Peu importe ce que votre expérience vécue avec la personne, il faut dire adieu d'une manière positive, par exemple, et lui souhaiter beaucoup de courage.

d4. Travail avec les groupes spécifiques

1° Enfants et adolescentes

Des enfants et adolescents sont particulièrement vulnérables dans une situation de crise. Les situations de crise perturbent souvent leur monde familial, notamment toutes les personnes, lieux et habitudes qui les aident à se sentir en sécurité. Des enfants affectés par une crise peuvent être à risque de violence, d'abus et d'exploitation sexuels, qui sont plus commune dans le chaos des situations de grande crise. Les jeunes enfants sont souvent particulièrement vulnérables car ils ne peuvent pas répondre à leurs besoins de base ou se protéger, et leurs proches peuvent être dépassés. Les enfants plus âgés peuvent être victimes d'enlèvements, exploités sexuellement ou recrutés par des forces armées dans les situations de conflit. Souvent les filles et les garçons sont confrontés à des risques un peu différenciés. Habituellement les filles risquent le plus de violence et d'exploitation sexuelle et celles qui ont été victime peuvent être stigmatisée et isolée.

Comment les enfants et les adolescents réagissent à un événement traumatique dépend de leur âge, de leur stade de développement, et de la façon dont ceux qui les aident et les autres adultes interagissent avec eux. Par exemple, les jeunes enfants ne comprennent pas bien ce qui leur arrive et ont particulièrement besoin de soutien des parents/soignants. En général, les enfants et les adolescents sont plus capables de faire face quand ils ont des adultes stables et calmes autour d'eux.

Les réactions de détresse vécues par des adultes peuvent aussi être vécues par les enfants et les adolescents. En outre, les enfants et les adolescents peuvent avoir certaines réactions spécifiques :

- **Chez les jeunes enfants :**
 - le retour à des comportements régressifs : par exemple, la succion du pouce, faire pipi et/ou caca au lit ¹⁸
 - s'accrocher aux parents/soignants
 - le jeu réduit ou un jeu répétitif associé à l'événement pénible.
- **Chez les enfants d'âge scolaire :**
 - croire que c'est de sa faute que cette mauvaise chose soit arrivée
 - développement de nouvelles craintes
 - moins affectueux
 - se sentir «seul»
 - s'inquiéter de protéger et sauver des personnes qui les touchent.

¹⁸ Faire pipi au lit

- **Chez les adolescents :**

- Ne "rien" sentir
- se sentir différent ou isolé de leurs amis
- développer des comportements à risque
- avoir des attitudes négatives.

Les membres de la famille sont des sources essentielles de protection et de soutien affectif pour les enfants et les adolescents. Ceux qui sont séparés des soignants peuvent se trouver dans des lieux inconnus et entourés par des gens inconnus au moment d'un événement traumatique. Ils peuvent avoir peur et être incapables de bien évaluer les risques et les dangers autour d'eux. Une première étape importante est de réunir des enfants d'un côté et les adolescents de l'autre, avec leurs familles ou soignante. Si possible, référer l'enfant à l'instance compétente pour le soutenir.

Lorsque les enfants sont avec leurs soignants, essayer de soutenir ceux qui les aident à prendre soin de leurs propres enfants. Vous retrouvez des suggestions pour donner aux parents:

Ce que les parents peuvent faire pour aider leurs enfants

Les nourrissons (0 à 2 ans)

- gardez-les au chaud et en sécurité.
- Tenez-les à l'écart des bruits excessifs et du chaos
- Faites-leur des câlins, des caresses.
- Parlez-leur d'une voix calme et douce.
- Suivez un schéma régulier pour manger et dormir, si possible.
- Chantez et jouez avec eux

Jeunes enfants (2 à 7 ans)

- Donnez-leur plus de temps et d'attention.
- Rappelez-leur souvent qu'ils sont en sécurité.
- Expliquez-leur qu'ils ne sont pas à blâmer pour les mauvaises choses qui se sont produites.
- Evitez de séparer les jeunes enfants des soignants, frères et sœurs et de leurs proches.
- Gardez les routines autant que possible.
- Donnez des réponses simples sur ce qui s'est passé, sans les détails effrayants.
- Soyez patient avec les enfants qui commencent à manifester des comportements qu'ils avaient quand ils étaient plus jeunes, tels que sucer son pouce ou mouiller le lit.
- Donnez-leur la possibilité de jouer et de se détendre, si possible.
- Permettez-leur de rester près de vous s'ils ont peur ou s'accrochent à vous.

Les enfants plus âgés et les adolescents

- Donnez-leur votre temps et votre attention.
- Aidez-les à reprendre les routines.

- Donnez des faits sur ce qui s'est passé et expliquez ce qui se passe maintenant.
- Permettez-leur d'être triste, n'attendez pas qu'ils soient durs et forts.
- Écoutez leurs pensées et leurs craintes sans porter de jugement.
- Établissez des règles et des attentes claires.
- Posez des questions sur les dangers auxquels ils sont confrontés, soutenez-les et discutez comment ils peuvent éviter d'être victimes.
- Encouragez-les et donnez-leur des options pour être utile

Si le parent ou le responsable est blessé, extrêmement bouleversé ou incapable de s'occuper de ses enfants, vous pouvez aider à donner ou chercher du soutien aux parents et soutenir ou prendre soin des enfants. Si possible, il faut associer une agence fiable de protection des enfants. Gardez les enfants et leurs parents ensemble si possibles. Par exemple, si l'enfant est transporté quelque part pour les soins médicaux, essayez de garder les parents avec eux ou de prendre les modalités de là où l'enfant est transféré pour qu'ils puissent être réunis.

Des choses à dire et à faire pour les enfants et les adolescents

- Tenez les enfants et les adolescents ainsi que leurs parents, la famille, frères et sœurs dans la mesure du possible. Essayez de ne pas les laisser séparer.
- Reconnectez les enfants et des adolescents non accompagnés avec un réseau de protection de l'enfance fiable. Ne laissez pas l'enfant ou l'adolescent sans surveillance.
- Si aucun organisme de protection de l'enfant n'est disponible, prenez des mesures pour trouver leurs parents ou pour contacter la famille qui peut s'occuper d'eux

Gardez-les en sécurité

- Protégez-les de l'exposition à des scènes horribles, comme les personnes blessées ou la destruction terrible.
- Protégez-les d'entendre des histoires inquiétantes au sujet de l'événement.
- Protégez-les des médias ou des personnes qui veulent les interroger mais qui ne font pas partie de la réponse d'urgence.

Écoutez, parlez et jouez

- Soyez calme, parlez doucement et soyez gentil.
- Essayez de parler avec les enfants sur leur niveau, et utilisez des mots et les explications qu'ils peuvent comprendre.
- Présentez-vous par dire votre nom, faites les savoir que vous êtes là pour les aider et demandez leur nom
- Écoutez les opinions des enfants sur leur situation.
- Essayez de les faire jouer ou de parler avec eux sur leurs intérêts, en fonction de leur âge.
- Lorsque les enfants sont avec leurs parents, aidez-les à prendre soin de leurs enfants.

Les enfants et les adolescents ont aussi leurs propres ressources pour faire face aux difficultés. Ils ont des amis, des pairs qui vont aussi pouvoir les soutenir. Permettez-leur de les rencontrer.

Il est plus facile pour eux de parler à des amis qu'aux adultes ou avec une personne plus éloignée émotionnellement d'eux. Expliquer aux parents que leurs enfants peuvent en parler avec des tiers et qu'il n'y a pas lieu à se sentir vexé ni de se sentir mal. Ne pas penser que leurs enfants ne veulent rien d'eux.

Recherchez à découvrir ces ressources et encouragez ces stratégies positives de gestion, tout en les aidant à éviter les stratégies négatives.

Counseling

a. Définition

Le counseling ¹⁹est une technique de conseil favorisant l'échange et la communication entre un conseiller et son patient. Cette démarche a pour objectif d'aider le/la survivante à trouver lui-même des solutions à ses problèmes. C'est un soutien professionnel basé sur une relation d'aide non directive qui respecte certains critères.

COUNSELLING ≠ CONSEILLER

Conseiller, c'est apporter une solution ou donner un avis à une personne sans que cette dernière soit activement impliquée dans la recherche de cette solution. Au contraire, la technique de counseling a pour objectif d'impliquer activement la personne qui demande de l'aide, dans la résolution des difficultés auxquelles elle est confrontée.

b. Objectifs du counseling

Les activités de counseling ont pour objectif d'aider la victime :

- en lui apportant un soutien; à savoir qu'elle voit qu'elle n'est pas seule dans son cas et qu'elle ne doit pas rester seule avec son problème;
- en l'encourageant à surmonter son sentiment de culpabilité; de honte, à prendre conscience qu'elle n'est pas responsable de l'agression, à exprimer ses émotions (sa tristesse, sa colère, sa peur, ...)
- en analysant, avec l'assistant psychosocial, les besoins et les solutions possibles aux problèmes engendrés par l'agression; à comprendre ce qui lui est arrivée;
- en trouvant ses propres solutions; en se remettant en contact avec ses propres ressources, en bénéficiant des réseaux et des services de soutien;
- en envisageant l'établissement d'un plan d'action avec l'assistant psychosocial;
- en s'accordant avec l'assistant sur le moment de mettre un terme aux entretiens.

c. Préparation

c1. cadre

¹⁹ UNHCR: *La santé reproductive en situation de réfugiés, manuel de terrain inter-organisations, 2001.*

Dans la mesure du possible, les survivants de violences sexuelles doivent être reçus dans un environnement rassurant et sécurisant. Les locaux de consultation devront être aménagés agréablement (pas d'encombrement, bien aéré, pas trop d'images ni de décoration). Ils doivent promouvoir la confidentialité et gommer au maximum les signes de pouvoir (par exemple, les sièges de l'intervenant et de la victime doivent être identiques afin de donner une impression d'égalité).

Dans certains cas (intervention d'urgence, ...) il n'est pas possible de préparer une salle bien aménagée, mais il faut toujours chercher un endroit garantissant la confidentialité. C'est une condition de base pour la prise en charge psychosociale et psychologique des survivantes.

c2. Se préparer

Outre ce cadre, il est aussi important de se préparer en tant qu'assistant psychosocial pour accueillir la personne. Afin de pouvoir écouter de façon emphatique, il est important de se vider de ses propres préoccupations, de les mettre 'de côté'. Certains assistants psychosociaux utilisent l'exercice imaginaire de la boîte pour y mettre leurs soucis, d'autres préfèrent des exercices de relaxation pour se préparer. Peu importe l'approche, le but est de créer un espace en soi pour accueillir l'autre et de pouvoir focaliser toute son attention sur cette personne.

Si l'entretien est une consultation de suivi, il est important de relire bien le dossier avant de commencer, afin de bien se rappeler des observations, du récit, des plaintes des ressources de la patiente, de là où ils sont arrivés jusqu'à présent et des étapes déjà franchies

Ecoute active

a. Définition

L'écoute efficace est une compétence spécifique de communication, basée sur le travail de Carl Rogers. Ecouter de façon efficace signifie porter son attention totale et indivisible à l'autrui, en montrant à l'autrui que nous sommes intéressés et impliqués. L'écoute efficace n'est pas du tout évidente. Cela demande une concentration et une attention complète. Cela demande aussi que l'assistant psychosocial se vide de ses propres soucis, de ses distractions et préconceptions personnelles.

L'idée est d'écouter non pas seulement avec les oreilles, mais aussi avec les yeux, le cerveau, le cœur et l'imagination et d'écouter ce qui se passe à l'intérieur de nous et aussi dans l'autre. L'idée est d'écouter les mots de l'autre, sa voix, son apparence.

b. Composantes

L'écoute efficace est constituée de 3 composantes :

b1. Position de corps

De préférence, il faut garder une position de corps ouverte et détendue, pour signaler la disponibilité. Eviter de croiser les bras par exemple. Se pencher légèrement vers la

patiente peut montrer l'intérêt. En cas d'émotions fortes, une position de corps bien ancré dans le sol, peut aider à garder la distance nécessaire.

La distance

Par rapport à la distance, il est généralement conseillé que l'assistant psychosocial et la/e patient/e soient assis/es au même niveau et légèrement en biais (éviter le face-à-face, position généralement associée à la confrontation).

Eviter de mettre une barrière (table) entre l'APS et la survivante.

La mimique

Les expressions faciales et les hochements de tête devront montrer qu'on est en train de suivre ce qui est dit et seront ainsi encourageantes (éviter de rire, trop sourire, froncer les sourcils).

Le regard

Un des éléments basique pour que la/le survivant/e se sente écouté/e, est de la/le regarder dans les yeux, sans que cela devienne gênant. Dans les cultures où regarder dans les yeux est offensant ou va à l'encontre des règles, éviter de regarder droit dans les yeux et faites-le plutôt de biais.

La voix

L'utilisation de la voix est très importante dans le counseling et varie selon les besoins de patients. Pour ramener un patient, qui est en train de vivre en flashback, le volume peut être un peu plus élevé et le ton plus directif. Au cours d'un exercice de relaxation, le volume sera plus doux et le rythme plus lent. En général, une voix calme, douce et basse est préférable pour montrer la confidentialité et le fait d'être à l'écoute.

Le toucher

En général, les victimes de violence peuvent éprouver toute sorte de contact physique invasif ou inconfortable. Ainsi le toucher doit être utilisé avec beaucoup de précaution, mais peut quand même aider. Toucher l'épaule ou la main peut être réconfortant en cas de tristesse ou sécurisant en cas de peur. Ici aussi, les consignes culturelles (ethniques) doivent être considérées. Le toucher entre l'assistant psychosocial masculin et une patiente féminine (et vice versa) par contre sont strictement à éviter.

b2. Encouragements

L'écoute passive implique des techniques qui encouragent la personne à continuer à parler, sans la diriger activement.

➤ Le silence

L'utilisation du silence est une technique de communication très pratique. Le silence permet à la patiente de prendre du temps pour discuter d'un problème et aussi de réfléchir. Les silences courts peuvent encourager la personne à élaborer davantage. Des silences plus longs sont conseillés quand la/e patient/e a des difficultés de s'exprimer ou devient plus émotionnelle. La ligne entre des silences constructifs et des silences inconfortables est très fine, pour cela il est très important d'être très attentif aux signes non-verbaux.

Les silences peuvent également indiquer que la personne est troublée par le thème abordé. Dans ce cas-là, il est possible de garder le silence pendant un instant et ensuite aider la personne à s'exprimer en lui posant des questions. Au besoin, il est aussi possible de lui demander si elle préfère ré-aborder ce thème ultérieurement.

Les invitations à parler

Parfois il est utile de faire des remarques encourageantes :

« Aimerais-tu parler de ça ? »

« Pourras-tu me raconter un peu plus sur ce qui s'est passé ? »

Les encouragements verbaux:

L'écoute peut aussi être exprimée en acquiesçant, en disant : "je vois..., oui..., hm..., poursuivez..., continuez..., j'écoute..., bien sûr."

Les répétitions

Répéter ce que la personne vient de raconter, aide la personne souvent à continuer à parler, sans l'amener hors de sa ligne de pensées.

Exemple :

Victime : « ...et je ne savais pas quoi faire. »

Assistant psychosocial "Tu ne savais pas quoi faire?"

Victime : «"non, je n'arrivais plus à bouger, j'étais là et je criais sur eux ». Ne pas forcer pour autant de cette technique.

Les renvois

Selon l'écoute active, afin de comprendre la patiente, l'assistant psychosocial essaie d'écouter et être attentif la/e patient/e dans tous ses aspects verbaux et non-verbaux et répond avec ces propres mots pour vérifier si elle a bien compris. L'écoute n'évalue pas, ne donne ni d'opinions, conseils, ne fait pas d'analyses et n'interroge pas.

b3. Contenu

Pour montrer à la/le survivant/e que vous l'écoutez et que vous essayez de la comprendre, il est important de renvoyer des parties significatives de ce que la personne vient de raconter. Lorsqu'elle donnera trop d'information et il devient difficile de la suivre, il est utile de l'interrompre gentiment afin de pouvoir la comprendre.

Il est possible de renvoyer des parties du récit, le vécu, les émotions et les éléments de son langage non-verbal, mais c'est toujours important d'utiliser les mots de le/la survivant/e.

c. Réactions à l'écoute active

c1. Reformulation

La reformulation consiste à paraphraser avec ses propres mots et de manière plus concise ou plus explicite, ce que la patiente vient d'exprimer. De préférence la reformulation est énoncée comme une question ou est suivie par une question pour vérifier si nous avons bien compris. Nous pouvons reformuler des faits, des idées, des sentiments. La reformulation peut aider la patiente à entrer plus en profondeur dans son discours.

"Voilà ce que j'écoute... Est-ce que c'est correct?"

c2. Réflexion

La réflexion est utilisée pour renvoyer les émotions, incluant les messages passés de façon non-verbale.

"Je vois que..."

"ça doit être très difficile pour toi de"

"Vous avez l'air tellement déçu."

"Cela semble vous préoccuper beaucoup....vous avec l'air inquiet par..."

"Vous devez vous sentir complètement épuisé."

Parfois, il peut être utile d'explorer les émotions sous-jacentes.

« Je suppose que ça vous met plutôt..., est-ce que ça peut être le cas ?»

L'utilisation de cette technique présuppose de bien observer les émotions, les reconnaître et puis les renvoyer de façon claire et précise, mais toujours en entamant une question qui ne se termine pas. Ensuite il est important de bien observer la réaction de la personne pour évaluer si votre réflexion était pertinente. Si la personne ne reconnaît pas ce que vous avez perçu, si elle est vexée, vous pouvez plutôt lui demander comment elle se sent.

c3. Validation

Liée à la réflexion des émotions, la validation des émotions consiste à accepter de reconnaître et de 'légitimer' les émotions. La validation des émotions est très importante pour que la personne se sente comprise. Cela ne signifie pas nécessairement que vous êtes d'accord avec elle, mais que vous pouvez comprendre son point de vue.

- "je comprends bien pourquoi vous vous sentez..."

- "après ce que tu as vécu, c'est tout à fait normal d'être en colère..."
- « pleurer peut nous aider souvent, c'est bon de pleurer.

c4. Résumé

Résumer implique de récapituler de façon plus concise en évitant la répétition de ce que la patiente a dit et de vérifier si c'est bien compris en invitant la patiente à corriger ou à clarifier si nécessaire.

Le résumé permet de différencier entre les détails et les points principaux, de mettre toutes les choses dans l'ordre chronologique et de lister toutes les personnes impliquées.

Il existe 2 types de résumé :

- Le résumé interne est utilisé au cours de la séance pour s'assurer que l'information est comprise et interprétée de façon correcte.
- Le résumé final permet de récapituler tout l'entretien, en résumant ses points positifs, les progrès faits et les décisions prises.

Indépendamment du type de résumé utilisé, il faut toujours demander si l'assistant psychosocial a bien compris, si c'est correct et donner à la/e patient/e la possibilité d'expliquer davantage.

c5. Focalisation

La focalisation peut aider la/e patient/e à se concentrer sur ce qui est important, à clarifier le sens du message et à organiser les pensées confuses et désordonnées que le/a patient/e pourrait avoir. Les formulations suivantes peuvent être utilisées.

- " pour vous l'essentiel..."
- " finalement, tu voudrais..."
- " j'écoute que tu parles de... et ... est-ce que tu peux me m'en parler davantage ?"
- " tu parles de ... et ... avec quoi est-ce tu veux commencer?"

Entretiens

a. Objectifs

- Réconforter et de rassurer des victimes choquées et/ou traumatisées.
- Les informer et de les préparer à la prise en charge médicale en facilitant l'acceptation et le bon déroulement de l'examen clinique.
- Les informer de toutes les aides disponibles, de leur procurer toutes les informations utiles et de les préparer aux éventuelles suites sur un plan médical, psychosocial/psychologique, social et juridique.
- Déterminer quelle aide est la mieux adaptée à chaque victime (suivi médical ultérieur, counseling, avis légal, etc.) et le cas échéant, de la référer vers les services adéquats.
- Commencer à établir un lien de confiance, de rassurer la victime

Le premier contact est également déterminant pour le suivi ultérieur. De lui dépendra la poursuite de la prise en charge globale (psychologique, sociale, médicale et juridique).

Pour de nombreuses raisons (la méconnaissance de prise en charge psychologique, l'insécurité, la distance ou des problèmes de transport, contrainte familial, ...), beaucoup de victimes n'ont pas la possibilité de revenir pour les rendez-vous de suivi fixés. Combiner les rendez-vous psychosociaux avec les consultations médicales pourra faciliter la prise en charge. La structure des séances décrites ici respecte le schéma des consultations médicales. Si les circonstances le permettent, il est évident que c'est mieux de définir la régularité (et donc le nombre des consultations) selon les besoins psychologiques.

Par exemple : pour de victimes sévèrement traumatisés, il est mieux de voir avec la personne si c'est possible de consulter 2 fois par semaine.

b. Déroulement des entretiens

b1. Premier entretien

Observation

Dès l'arrivée et au cours de tout l'entretien, il est important de bien observer la personne sans pour autant figer son regard sur elle. Observer son langage corporel, comment elle entre dans la salle (nerveuse, agitée, déconnectée), comment elle s'installe, quelle est sa position (fermée, elle tourne et montre plus le dos, ...), à quelle distance s'assied-elle (loin ou proche), quel est son regard (ne regarde pas dans les yeux, n'oubliez pas les normes sociales), sa voix (douce, hésitante, ...), quelle est son expression verbale. Il faut ensuite prendre en compte comment elle raconte son histoire, parle-t-elle d'une façon ouverte, cohérente, claire, agitée, avec résistance. Montre-t-elle ses émotions ou a-t-elle l'air déconnecté.

Tous ces aspects peuvent donner à l'assistant psychosocial une impression globale de la personne et le guider dans la compréhension de la personne.

Accueil

Comme le premier entretien est indicatif pour les restes des entretiens, l'accueil peut mettre aussi le ton pour le reste de l'entretien. Dès l'arrivée, il est important de montrer sa disponibilité et de montrer que la personne est la bienvenue. L'accueil doit être chaleureux mais en respectant la situation pénible, et la douleur de la patiente. La forme de l'accueil doit respecter les 'règles' ethniques de la salutation.

Présentation

Une fois assise, l'assistant psychosocial se présente et explique très brièvement son rôle et ce que le counseling peut faire pour la personne. Ensuite, il demande à la victime de se présenter aussi et de donner son consentement informé pour participer à la séance de counseling.

Vu que la patiente est souvent perturbée, stressée ou même en état de choc quand elle arrive, il faut garder l'introduction claire et courte. Beaucoup d'explications données au départ ne seront pas retenues.

Commencer d'abord par un exercice de respiration qui permettra à la personne de se relaxer, de se reprendre et de se sentir rassurée :

Respirez profondément, expirez, Sentez l'air passant par votre nez, votre gorge, vos poumons qui gonflent. Expirez lentement .faites cet exercice avec la/e patient/e pendant 5 minutes et observez si elle se sent plus calme, relax. C'est ainsi que vous allez pouvoir commencer à créer une ambiance de relax et de protection qu'il va falloir entretenir, Aider la victime à créer un environnement protecteur et une entente entre l'assistant psychosocial et le/a patient/e

Confidentialité

Il est primordial d'assurer la personne de la confidentialité, afin de l'aider à parler librement. Il faut expliquer à la patiente que tout ce qui va être partagé pendant la séance ne va pas être discuté/partagé avec les autres, sauf si la patiente est au courant et a donné son consentement explicite : informé et éclairé.

Il faut encourager la personne à poser des questions et l'informer qu'elle est libre d'interrompre l'entretien à tout moment et qu'elle ne partage que ce qu'elle souhaite. Rien ne l'y oblige

Récit

Ensuite, il faut inviter la personne gentiment à raconter ce qui lui est arrivé. Il faut garder bien à l'esprit, que la personne a survécu à une agression sexuelle qui a été vécue dans l'effroi, avec un grand sentiment d'impuissance, sans capacité de réagir sous peine de mettre sa vie en danger. Cet événement a été ressenti comme une expérience impensable, intransmissible et irréparable.

Il faut bien se rappeler que c'est très difficile de parler de violence sexuelle et suivre ce que la patiente est prête à partager. La personne peut être encouragée gentiment à parler, sans à aucun moment mettre de la pression.

Certaines personnes ne sont pas capables ou ne souhaitent pas raconter ce qui leur est arrivé. Cette volonté doit être strictement respectée et il ne faut absolument pas la forcer à parler. Dans ce cas, il faut reconnaître qu'il est difficile de parler de violence sexuelle et montrer la compréhension pour cette incapacité. Ensuite, il est possible de voir si la personne sera capable d'expliquer comment cet événement l'a touché/affecté et si possible travailler avec elle sur les plaintes et les symptômes qu'elle ressent. Parfois, ce n'est pas possible. Il faut la respecter, la remercier d'être venue et reconnaître le courage qu'elle a eu de venir. Pour conclure un rendez-vous peut être fixé en expliquant les valeurs ajoutées possibles de counseling.

Tout au long de son histoire, l'approche de l'écoute active est utilisée pour bien suivre la patiente et essayer de la comprendre le mieux possible. En général, il est recommandé

de laisser la personne parler sans l'interrompre et de poser des questions pour clarifier après.

- **Exploration du vécu pendant et après l'agression**

Une fois que la personne a raconté son histoire, il est important d'essayer de bien comprendre comment elle a vécu l'événement et comment elle l'a vécu depuis. Des questions peuvent être posées pour explorer ses pensées, ses sensations et ses émotions au moment de l'agression et après.

De nouveau, il est important d'être empathique et de valider les émotions éprouvées.

Psychoéducation et normalisation de symptômes

Souvent l'exploration du vécu, permet de clarifier certaines doléances ou symptômes dont souffre la personne et ils peuvent facilement être utilisés comme point de départ pour expliquer à la personne les réactions courantes après la violence sexuelle.

Dans cette étape, on prend le temps d'expliquer les réactions courantes d'une façon interactive en partant de l'expérience propre de la personne. Les symptômes et les inquiétudes éprouvés sont ensuite validés et normalisés.

Il est très important d'aider la personne à comprendre ses réactions et de les normaliser. Souvent ça l'aide à réduire son niveau de stress et à réaliser qu'elle n'est pas en train de devenir folle ou de perdre le contrôle.

Rassurance

Une fois que les réactions sont bien recadrées, l'assistant psychosocial peut informer la/e patient/e qu'elle/il peut partager avec lui/elle des remèdes simples pour surmonter certaines de ses difficultés.

Pour certains symptômes physiques, l'assistant psychosocial pourra rassurer la patiente sur le fait qu'ils ne mettent pas sa vie en danger ou qu'ils ne sont pas indicatifs d'une maladie grave, malgré le fait qu'ils sont pénibles. Lui proposer d'aller voir le médecin et de l'accompagner aussi.

- **Retravailler les symptômes**

Ces mots sont mis en pratique et certaines des doléances sont explorées plus en profondeur. Différentes questions seront posées pour mieux comprendre le contexte du problème, la fréquence, la durée, l'intensité,... Beaucoup d'attention sera donnée à l'exploration de ce que la/e patient/e a déjà essayé de faire pour gérer la douleur.

Il est souvent plus pratique de commencer avec des doléances pénibles mais plus facilement 'traitables'. Cette approche permet de démarrer avec un objectif facilement atteignable afin que la réussite puisse être encourageante.

Pour le travail des symptômes, les approches expliquées peuvent donner des lignes de conduite.

Souvent l'apprentissage d'un exercice de respiration ou de relaxation peut être approprié durant cette étape.

Exploration des ressources

Le travail sur les symptômes amène souvent à son tour à l'exploration des ressources. La question sur ce que la personne a déjà essayé donne souvent des indices par rapport à ses ressources.

Des questions sont posées pour voir les ressources dont la personne dispose en elle-même mais aussi autour d'elle.

A cette étape, il est important de bien encourager et renforcer le/la survivant/e, en respectant toujours son rythme et son état émotionnel. L'objectif de cette approche est d'aider la personne à se focaliser davantage sur des aspects encore positifs et de la remettre en contact avec ses ressources.

➤ Résumé

Une fois dépassées toutes ces étapes, veuillez résumer brièvement les grandes lignes de l'entretien, en mettant l'accent sur les ressources de la personne et sur ce qu'elle pourra faire.

Ensuite il est important de voir comment la personne se sent pour mieux comprendre comment elle a vécu l'entretien. Si elle est positive, sa réponse pourra être utilisée dans l'étape suivante pour lui montrer la valeur ajoutée du counseling.

➤ Plan du counseling

Il est important d'aider la personne à clarifier un/des objectif(s) réaliste/s du counseling, ce qu'elle espère atteindre.

Il sera probablement nécessaire de réexpliquer le concept du counseling et ce que le counseling pourrait faire pour la personne.

Les étapes simples peuvent être discutées ensemble pour y arriver.

➤ Tache

Une manière encourageante de finir la séance est de donner un 'devoir' au survivant à faire au cours de la période entre la fin de la séance et la suivante.

Après la première séance, le devoir peut être par exemple d'exercer la respiration ou la relaxation ou des tâches pour se faire du bien ou pour observer des choses qui vont encore bien

➤ Clôture

A la fin de la séance, un nouveau rendez-vous pour le prochain entretien peut être fixé. Pour bien clôturer la séance, la personne peut être remerciée pour son ouverture et renforcée par rapport à son courage de venir à la consultation et d'avoir fait le premier

pas. Comme pour l'accueil, il est important de respecter la façon ethnique pour dire au revoir.

➤ **Remplissage de dossier**

Pour ne pas oublier les différents éléments observés et discutés au cours de l'entretien, il est recommandé de remplir le dossier directement après chaque entretien, mais pas devant le/la survivant/e

➤ **Soins de soi même**

Après chaque entretien, il est important de se débarrasser, de digérer ce qui vient de se passer au cours de séance et de prendre soin de soi-même. Pour cela, les consignes de chapitre XX pourront être suivies. Ne recevez pas immédiatement un/une autre survivant/e. Donnez-vous un certain temps.

b2. Deuxième entretien

➤ **Préparation**

Avant de recevoir la personne pour le deuxième rendez-vous, il est important de relire le dossier du/de la survivant/e, afin de bien se rappeler des différents sujets discutés et d'éviter de reposer les mêmes questions. Pour le/la survivant/e vous montrez qu'il/elle est important, que vous suivez son cas qu'il/elle n'est pas un nombre dans la liste des personnes à recevoir.

Il est aussi important d'avoir des attentes réalistes par rapport à l'évolution du/de la survivant/e. Beaucoup de survivants ont besoin de plusieurs années pour surmonter l'agression subie, et ce n'est donc pas réaliste de s'attendre à voir de grandes améliorations au cours d'une semaine ou de quelques jours. Mais il faut aussi expliquer ce fait au/à la survivant/e. Les changements peuvent être immédiats, lents...

➤ **Accueil**

Comme pour le premier entretien, il est important d'offrir à la personne un accueil chaleureux pour qu'elle se sente à nouveau la bienvenue et à l'aise.

➤ **Suivi de la semaine passée.**

• **Symptômes/récit**

Une fois installée, la personne est invitée à raconter comment elle va et comment s'est déroulée la période entre la dernière séance et maintenant.

Les survivants commencent souvent à parler des difficultés rencontrées, des plaintes et des symptômes éprouvés. Si le survivant amène de nouvelles plaintes, il est important de les écouter. Après avoir exploré ces nouvelles difficultés, il est important de voir comment les symptômes déjà mentionnés dans le premier entretien, ont évolué.

Si un devoir a été donné par rapport à une plainte ou un symptôme, il faut revoir aussi comment l'exercice s'est déroulé.

Pour l'aider à focaliser, la question peut être posée de savoir ce qui était le plus dur au cours de la période. Il faut à nouveau, bien explorer cette difficulté dans tous ces aspects. Il faut faire attention à ne pas sauter trop vite sur la solution ou à ce que la personne puisse encore faire, mais écouter d'abord la souffrance de la personne.

Cette plainte pourra alors être retravaillée plus en profondeur selon les consignes déjà expliquées.

Le lien avec l'agression ne peut pas être mis à l'écart. A travers les difficultés et les symptômes rencontrés, il faut aussi donner la possibilité de parler de l'agression et de raconter comment elle la vit à ce moment-là

- **Fonctionnement/ressources**

Si pas encore discuté, des questions peuvent être posées pour voir comment se passe sa vie au quotidien entre les deux consultations. Comparez avec les activités qu'elle a mentionnées au premier entretien. Est-ce qu'il y a une évolution ?

Dans le même cadre, nous demandons à la/e survivant/e de raconter ce qui s'est encore bien passé. Même la moindre petite chose doit être repérée. Il est à nouveau important de renforcer tout ce qui s'est bien passé et de l'encourager à continuer de la sorte.

Si une tâche a été donnée pour renforcer les ressources, il faut voir avec la personne comment tout s'est déroulé. Qu'est-ce qui a marché ? Qu'est-ce qui a été difficile ?

Dans le cas de beaucoup de difficultés en terme de fonctionnement, la/a survivant/e peut être aidé/e à faire une liste des différentes activités qui sont devenues difficiles. Elles peuvent ensuite être mises selon l'ordre de complexité et une stratégie peut être discutée pour affronter l'activité la plus facile. L'approche graduelle peut être utilisée aussi pour renforcer les ressources.

- **Plan d'intervention**

Le plan d'intervention discuté avec la personne au cours du premier entretien doit être rediscuté et si nécessaire révisé.

- **Tâche**

De nouveau un devoir peut être donné pour travailler les symptômes et aussi pour renforcer ses ressources.

- **Résumé**

Une fois toutes les étapes dépassées, il est utile de résumer en bref les grandes lignes de l'entretien, en mettant l'accent sur les ressources de la personne et ce qu'elle pourra faire.

Ensuite, il est important de voir comment la personne se sent pour mieux, comprendre comment elle a vécu l'entretien.

➤ **Clôture**

A la fin de la séance, un nouveau rendez-vous pour le prochain entretien pourrait être fixé. Selon le schéma de la prise en charge médicale, la prochaine consultation est planifiée après 3 semaines. Si nécessaire, il est toujours possible de discuter avec la personne et fixer un rendez-vous après une semaine.

La séance est clôturée comme la première fois, en remerciant la personne pour le partage et en la renforçant par rapport aux efforts et l'évolution faits.

Comme pour l'accueil, il est important de respecter les us et coutumes pour dire au revoir.

b3. Troisième entretien :

➤ **Préparation**

Avant de recevoir la personne pour le troisième rendez-vous, il faut à nouveau relire le dossier du/de la survivant/e afin de bien se rappeler des différents sujets discutés et d'éviter de reposer les mêmes questions.

➤ **Accueil**

Comme dans le premier entretien, il est important d'offrir à la personne un accueil chaleureux pour qu'elle se sente à nouveau la bienvenue et à l'aise.

➤ **Suivi de la semaine passée.**

• **Symptômes/récit**

Cette fois-ci, la personne est invitée à raconter comment elle va et comment s'est déroulée la période entre le deuxième rendez-vous et maintenant.

Si un devoir a été donné par rapport à une plainte ou un symptôme, il faut revoir aussi comment l'exercice s'est déroulé.

Pour l'aider à focaliser, la question peut être posée de savoir ce qui était le plus dur au cours de la période passée. De nouveau, il faut bien explorer cette difficulté dans tous ces aspects.

Cette plainte pourra être retravaillée plus en profondeur selon les consignes déjà décrites.

Cette fois aussi il faut donner la possibilité de parler de l'agression et de raconter comment elle vit cela à ce moment.

• **Fonctionnement/ressources**

Des questions peuvent être posées sur l'évolution de son quotidien, de ce qu'elle faisait entre les 2 périodes

Ensuite nous pouvons demander au/à la survivant/e de raconter ce qui s'est bien passé pendant les dernières semaines, de quoi elle est satisfaite, ce qui lui a donné de

l'énergie, du plaisir, de l'espoir... et ce qu'elle a fait pour y arriver. De nouveau il est important de renforcer tout ce qui s'est bien passé et de l'encourager à continuer de la sorte

Si une tâche a été donnée pour renforcer ses ressources, il faut voir avec la personne comment ça s'est passé. Qu'est-ce qui a marché ? Qu'est-ce qui a été difficile ?

Si une échelle a été franchie au cours de la séance passée, l'évolution pourra être revue et l'approche pour affronter les autres activités pourra être discutée. Comment pourrait-elle faire pour arriver à faire ses activités ?

S'il n'était pas approprié de travailler avec une échelle, la question générale est, qu'est-ce que vous pourriez être capable de faire dans la vie de tous les jours, dans les mois qui viennent, pourra être posée. Ensuite, les domaines pourront être identifiés, ce qui sera compris comme les étapes dans la prise en charge et les repères

➤ **Plan d'action**

De nouveau le plan d'action pourra être discuté.

➤ **Tâche**

Comme d'habitude, un devoir peut être donné pour travailler sur le symptôme mais aussi pour renforcer ces ressources.

➤ **Résumé**

Ensuite la séance est résumée, et nous demandons à la patiente comment elle se sent.

➤ **Clôture**

A la fin, un nouveau rendez-vous est fixé, selon les possibilités et besoin de la personne. Si le schéma médical est suivi, ça sera à 3 / 6 mois, il faut inviter la personne à repasser avant en cas de besoin.

La séance est clôturée comme la première fois, en remerciant la personne pour le partage et en la renforçant par rapport aux efforts et l'évolution faits.

Comme pour l'accueil, il est important de respecter l'éthique pour dire au revoir.

b4. Quatrième entretien

Dans beaucoup de cas, le quatrième entretien est le dernier. Il faut utiliser cet entretien pour évaluer la prise en charge et la clôturer.

➤ **Préparation**

Avant de recevoir la personne pour son quatrième rendez-vous, il faut de nouveau relire le dossier du/de la survivant/e afin de bien se rappeler des différents sujets discutés et d'éviter de reposer les mêmes questions.

➤ **Accueil**

Comme dans le premier entretien, il est important d'offrir à la personne un accueil chaleureux pour que la personne se sente à nouveau la bienvenue et à l'aise.

➤ **Suivi de la séance précédente.**

• **Symptômes/récit**

Pour commencer, la personne est invitée à raconter comment elle va et comment les mois sont écoulés.

Si un devoir a été donné sur une doléance ou un symptôme, il faut revoir aussi comment l'exercice s'est déroulé.

La question sur ce qui a été le plus dur au cours de la période, pourra être posée. Cette doléance pourrait être retravaillée plus en profondeur selon les consignes déjà décrites. Encore une fois, il faut donner la possibilité de parler de l'agression et de raconter comment elle la vit à ce moment-là.

Si la séance est considérée comme la dernière, il est important de prendre du temps pour évaluer l'évolution faite au cours de la prise en charge et de préparer le/la survivant/e pour d'éventuelles rechutes ou des périodes difficiles.

• **Fonctionnement/ressources.**

Des questions peuvent être posées sur son évolution en termes de fonctionnement au cours de cette période et sur ce qui s'est bien passé. Pour approfondir il faut encourager la personne à aborder les différents aspects de sa vie.

Si une tâche a été donnée ou si une échelle a été franchie, le suivi doit être fait comme dans les séances précédentes.

Pour renforcer le processus, le premier entretien pourra être revu en ressortant les changements et améliorations observés ainsi que ce que la personne a entrepris pour s'en sortir (ses ressources).

➤ **Plan d'action**

A voir si c'est encore nécessaire

➤ **Résumé**

La séance est résumée, et il est demandé à la/e patient/e comment elle se sent.

➤ **Clôture**

Voir si un nouveau rendez-vous peut être fixé. Si cette séance est considérée comme la dernière, la personne doit être invitée à revenir en cas de besoin.

La séance est clôturée comme la première fois, en remerciant la personne pour le partage et en la félicitant pour toutes les améliorations faites.

Comme pour l'accueil, il est important de respecter l'éthique pour dire au revoir.

➤ **Mettre un terme à l'assistance**

L'assistance psychosociale pourra être arrêtée avec l'accord du patient pour des raisons propres à celui-ci, en raison de limites imposées par l'institution ou les obstacles perçus par l'assistant psychosocial.

Les raisons propres au survivant :

- Les objectifs principaux sont atteints et la victime est capable de résoudre ses autres problèmes de manière autonome, avec le soutien de sa famille ou de son entourage si nécessaire.
- Tous les moyens envisagés ont été essayés sans succès. Dans ce cas, l'assistant psychosocial pourra référer la victime vers une structure plus spécialisée.

Les limites morales, éthiques, personnelles d'un assistant psychosocial ;

Les limites institutionnelles quant à :

- La durée de la consultation, l'accès aux horaires des consultations ;
- Le local de consultation (accessibilité, configuration, équipement, etc.
- Les règlements organisationnels ;
- Les moyens à disposition.

Nos réactions émotives : réflexes de défense, investiguer, évaluer, interpréter/conclure, soutenir, chercher rapidement les solutions.

4.1.5. LIMITES DE LA PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE

Limite de la prise en charge sur les cas cliniques car ce sont des prises en charge qui s'étalent dans le temps et nécessitent la stabilité de la personne. Ce qui souvent pose un problème.

Les assistants psychosociaux n'ont pas souvent la capacité et la connaissance pour proposer des alternatives à la victime. « C'est comme déshabiller quelqu'un sans pour autant avoir les moyens de lui proposer un nouvel habillage » des fois l'agent se sent dépassé par la situation de la victime et ne se sent plus en mesure de l'accompagner. Dans ce cas référer si possible vers un spécialiste.

Peu de psy et d'agents sont formés à différentes méthodes de prise en charge ce qui limite leur pratique

4.2. APPROCHE DESCRIPTIVE

4.2.1. Souvenirs intrusifs et flashbacks

Quelques phénomènes des plus pénibles pour les survivants de violence sexuelle sont les souvenirs intrusifs et les flashbacks. Ces mémoires ou flashback peuvent arriver à tout moment de la journée et de la nuit. Ils semblent arriver de nulle part où ils arrivent en réponse à des déclencheurs ou des rappels dans l'entourage. Ils peuvent venir la nuit

sous forme de cauchemars ou de mauvais rêves. Parce que ces souvenirs sont tellement vifs et effrayants, le/la survivant/e peut se sentir submergée et avoir peur de devenir folle, peur de dormir et tendre à l'isolement pour que personne ne voit ses réactions.

Un des objectifs principaux de la prise en charge psychosociale est alors d'expliquer à la/au survivant/e que ces réactions sont normales, qu'elle n'est pas en train de devenir folle et de l'aider à retrouver les compétences nécessaires pour reprendre le contrôle de ses souvenirs. Le/la survivant ne sera pas en mesure d'oublier les choses horribles qu'elle a vécues, mais elle pourra apprendre à se rappeler sans se laisser submerger par ses émotions, et elle pourra apprendre à être en charge de ces souvenirs plutôt que d'être à leur merci.

Les techniques de l'ancrage et de 'symbole pour le présent' peuvent être utilisées pour aider la personne à se reconnecter au présent, pour la ramener ici et maintenant.

Une autre approche est de travailler avec la victime sur l'identification de ce qui déclenche ces flashbacks. La compréhension de ce lien entre les stimuli neutres et la réaction de flash-back peuvent l'aider à se sentir en sécurité. La personne pourra ensuite être guidée pour trouver des activités qu'elle pourra faire pour empêcher le déclenchement.

Pour se remettre après un flash-back, la technique de l'ancrage de bien-être et de sécurité peut être utilisée. Cette technique s'utilise de la même façon que le phénomène des clés associatives, c'est-à-dire un souvenir positif pour évoquer des sentiments positifs, des sentiments de bien-être et de sécurité. L'idée est d'aider la personne à revenir d'une façon positive à ses ressources intérieures lors des périodes de tension et/ou de stress,

Une technique, qui part du même principe est l'utilisation d'un lieu de sécurité. Au niveau imaginaire, un endroit est créé où la personne peut se sentir calme et en sécurité/protégée. Cette technique ne peut être utilisée qu'avec des survivants instruit/es, car le travail imaginaire peut faire penser à la magie.

Les assistants psychosociaux expérimentés peuvent travailler les flashbacks ou les souvenirs intrusifs récurrents en utilisant l'imagination pour atteindre un contrôle sur ces souvenirs intrusifs. Différentes approches sont possibles :

- La personne peut être guidée pour se distancer des événements et penser comment elle voudrait mettre fin à l'histoire. Puis elle peut être encouragée à "faire passer la bande" de sa nouvelle histoire plusieurs fois par jour jusqu'à ce que l'ancienne histoire disparaisse. Les enfants pourront être invités à jouer une nouvelle fin à leur histoire ou de dessiner cette nouvelle fin. Il est important que la fin alternative place le/la survivant/e dans le rôle d'une personne forte
- Une autre possibilité est d'aider la personne à contrôler l'image de son souvenir intrusif en le mettant dans un cadre (comme une photo) ou sur la main de l'agent psychosocial et de la faire éloigner ou disparaître. Pour les personnes plus instruites, l'écran d'une télévision peut être utilisé pour y mettre l'image et ensuite la manipuler (le faire passer plus vite, arrêter l'image, éteindre l'image). Ces techniques peuvent être utilisées aussi avec les enfants.
- Les assistants psychosociaux expérimentés peuvent aussi utiliser la technique de la tâche de l'attention double, qui est dérivé de l'EMDR. Nous demandons de nouveau à la personne de faire remonter l'image de son souvenir intrusif, puis

nous lui demandons de taper sur ses genoux à tour de rôle. L'idée derrière est que la personne est seulement capable de mettre son attention sur une tâche, afin que l'image intrusive se mette en arrière-plan., Il sert aussi à couper court avec un son : taper sur les genoux, afin de pouvoir refaire cette action et donc reprendre à nouveau sa vie. Dès que l'idée noire/le l'image revient et la victime tape sur ses genoux, elle va casser cette image. (important d'unir le son à l'acte comme mécanisme de protection et de référence à la réalité).

- Une autre technique qui peut être utilisée seulement par des assistants psychosociaux expérimentés est l' 'exposition imaginaire' ou désensibilisation imaginaire systématique (pour le niveau de psychologues).

4.2.2. Evitement

Un autre symptôme clé éprouvé par beaucoup des victimes de violence sexuelle est l'évitement. Comme expliqué avant, la personne peut éviter les situations similaires à celles de l'agression et les rappels traumatiques associés à l'agression. Ainsi la personne peut commencer à éviter des choses, des situations, des endroits, des personnes, des bruits, des odeurs ou des sensations.

Malgré le fait que ces évitements peuvent être utiles pour empêcher ces réactions similaires, ils provoquent souvent un dysfonctionnement : la personne n'arrive plus à mener sa vie comme avant et court le risque de s'isoler et ne plus pouvoir mener sa vie normale, répondre à ses responsabilités et risque de se voir rejeter par elle-même, sa famille et sa communauté.

L'assistant psychosocial peut aider la personne à surmonter ces évitements. Une technique pour le faire est celle appelée 'exposition graduelle', qui consiste à aider la personne à confronter graduellement à des situations effrayantes/bloquantes en gérant ses réactions de stress (via la relaxation et positive exposition graduelle permettant un contrôle de la situation). D'abord on apprend à la personne à mesurer son niveau de stress, en utilisant une échelle ou image compréhensible de zéro à 10 par exemple. Puis nous demandons à la personne de lister les situations qu'elle évite et de les ordonner selon leur gravité. Des situations qui sont réellement dangereuses ne peuvent pas faire partie de cette liste. Dans la séance, un premier exercice peut être fait en travaillant dans le cadre de l'imagination. On peut demander à la personne de s'imaginer la situation la moins grave ou moins difficile et de l'encourager à la confronter et à la surmonter en préparant des conduites positives qui pourraient être suivies. Ensuite, une tâche peut être donnée pour confronter la même situation et la pratiquer à la maison ou dans le cadre où elle peut apparaître. Une fois cette réponse positive assimilée, il faut passer à une autre difficulté. L'objectif est de surmonter graduellement les différentes situations sur la liste.

4.2.3. Peur

Une des réactions rapportées très souvent par les survivants de violence sexuelle est la peur intense à des situations similaires au viol/agression ou l'anxiété généralisée et diffuse.

La peur est à la base un signal utile et important d'alerte. Elle aiguise ses sens et améliore sa réactivité instinctive en cas de danger. Elle prépare le corps (système nerveux) pour qu'il y ait l'énergie nécessaire pour réagir (fuir, crier pour alarmer l'entourage, se battre ou se préparer pour anticiper de futurs défis).

La peur est en général accompagnée par des réactions physiologiques : palpitations cardiaques, respiration rapide/ superficielle, douleur au niveau de la poitrine, vertiges, tremblement, sueur, maux de ventre ou d'estomac, ...

Le plus angoissée est la personne, le plus de réactions physiologiques de peur elle ressentira au niveau de son corps et donc, plus la personne sera angoissée plus son corps tendra à émettre des réactions physiques. Et plus le corps réagit, plus la personne se sentira angoissée. Quand le corps est dans un état relaxé et détendu, il est difficile de se sentir angoissé. Plus le corps est détendu, plus la personne pourra avoir de sentiments et des pensées positives.

Il est donc important de voir les mécanismes de défense de la personne, savoir ce qu'elle fait pour se sentir bien pour se détendre et renforcer les stratégies positives de défense que la personne utilise déjà.

Les exercices de relaxation ou de respiration, comme décrit peuvent être appris à la survivante pour l'aider à se détendre.

Apprendre à la personne à se parler de façon positive peut aussi l'aider à se détendre, à se sentir calme et sécurisé sécurité. (Voir annexe).

Pour aider des survivants submergés par des émotions de peur, la technique de prendre de la distance' peut être utilisée. L'assistant psychosocial pourra aider le/la survivant/e à prendre une bonne distance, une distance entre elle et le 'problème', qui va lui permettre de se sentir à nouveau en sécurité. Selon les besoins de la victime, elle peut être guidée pour mettre 'le problème' quelque part dans l'environnement ou par exemple dans 'une boîte avec cadenas.

Cette distance permet à la personne par la suite, d'explorer ce qui lui fait peur sans être submergée par cette émotion. Cet exercice n'a rien à voir avec le fait d'éviter car il passe par une reconnaissance de la difficulté et une décision une fois reconnue de ne pas la laisser dominer sa vie et la mettre donc dans une boîte pour essayer qu'elle ne continue pas à nuire.

4.2.4. Tristesse

Des sentiments de tristesse sont rapportés par beaucoup de survivants de violence sexuelle et aussi observés souvent au cours des consultations psychologiques et psychosociales. Parler d'une agression est dur et fort pénible.

Dans la vie quotidienne, l'entourage de la victime a tendance à conseiller souvent à la personne d'arrêter de pleurer, de se ressaisir et de se remettre. Les proches lui font remarquer qu'elle devrait être contente d'avoir survécu. Ces conseils sont difficiles à suivre et la tristesse persiste souvent de façon ouverte ou réprimée.

Lorsqu' un/e survivant/e laisse aller ses émotions de tristesse, il faut qu'en tant que professionnel, nous soyons en mesure d'accepter les effets de ces émotions sur nous et de ne pas les laisser nous dominer, car nous sommes là pour aider la victime à s'aider. Nous devons lui donner de l'espace pour exprimer ses émotions et l'aider à en parler. Il est important de laisser la personne vivre à fond les sentiments de tristesse de sorte que le soulagement pourra se faire suite à l'expression de cette tristesse. Au moment de

l'expression, il est important de laisser faire la personne et de rester présent sans intervenir avec trop de mots.

Une fois exprimées, ces émotions de tristesse pourront être reconnues et validées, en montrant la compréhension ou en expliquant qu'elles sont justifiées et normales.

Parfois, les techniques créatives peuvent faciliter l'expression des émotions. L'assistant psychosocial peut inviter la personne à faire un dessin, écrire un poème, lui montrer des images. Voir d'abord si la victime sait utiliser un crayon, si elle sait écrire. Si la mimique est plus facile, ou une chanson, nous pouvons aussi utiliser cet outil. Bien identifier là où la personne se sent à l'aise comme moyen d'expression, pas toujours en demandant directement mais en lui demandant ce qu'elle aime, comment pourrait-elle le dire...

Dans le cas où la personne est submergée par les émotions de tristesse, d'autres approches peuvent être utilisées.

- Un exercice de relaxation/respiration pourra aider à mettre la personne un peu plus à l'aise.
- Les techniques d'un bon souvenir ou d'un 'lieu sécurisé' pourront être utilisées pour montrer à la personne qu'il n'existe pas seulement des difficultés.
- Une autre possibilité est de créer un espace pour la distance et de demander à la personne de placer les difficultés une après l'autre à une grande distance, la plus appropriée.
- L'utilisation des images peut aider aussi à se sentir de nouveau à l'aise.

A la fin de la séance, il est important de voir comment la personne pourra par la suite, gérer les moments de tristesse, de voir quelles stratégies elle pourra suivre. Outre des techniques juste mentionnées, les besoins en terme de soutien des proches et des approches pour obtenir ce soutien pourront être discutés. =>ça vous va ? Ou qu'est-ce que vous avez pensé ?

Un assistant psychosocial qui, pour une raison ou une autre, se sent vulnérable, doit se protéger quand il n'arrive plus à percevoir la véritable nature des sentiments de la victime, ou va se laisser lui-même totalement submergé ses émotions. Dans les deux cas, il ne sera pas en mesure d'aider la victime à exprimer ses sentiments de manière contrôlée. Il faut alors demander à un autre collègue de faire la prise en charge.

L'assistant psychosocial essaie d'aider la victime à identifier, à reconnaître ses sentiments, ses pensées et actes et à les exprimer de manière cadrée/structurée. Il ne peut apporter cette aide que s'il est capable de la contenir. C'est-à-dire qu'il doit être en mesure de faire face, d'accueillir et d'être touché par les sentiments du/de la survivant/e sans être totalement submergé par cela, et sans les confondre avec les siens.

4.2.5. Colère

En général, la colère est une réaction salvatrice en cas de dépassement des limites personnelles, en cas de manque de respect pour protéger ce qui est précieux et vulnérable. Beaucoup de survivants ne rapportent pas leurs sentiments de colère comme un problème car ils ont plus tendance à s'auto-accuser. Cette auto-accusation peut les empêcher d'attribuer la faute aux personnes appropriées (l'agresseur, l'entourage qui les rejette, les stigmatise...) et d'être en colère contre ces personnes. Il faut donc aider la personne à comprendre que la colère est un sentiment normal et n'en

est pas un mauvais dans un premier temps. Il faut dire qu'il est normal d'être en colère et de pouvoir l'exprimer. Contre qui la colère est exercée n'est pas important. Nous ne sommes pas là pour savoir pourquoi ni contre qui.

Comme l'acceptation et l'expression de la colère diffère selon l'ethnie/la culture, une sensibilité aux différences culturelles est fortement recommandée.

Il est important d'aider la personne à exprimer cette colère et l'énergie corporelle qui en résulte. Différentes techniques peuvent être utilisées pour donner un espace à l'expression de la colère. Ce travail doit être guidé par des règles et des limites pour que l'expression se fasse sans la destruction d'autrui ou de soi-même.

- Certaines victimes peuvent être aidées par des méthodes 'cathartiques'²⁰ comme boxer ou taper sur un coussin. Cette méthode peut seulement être utilisée, si adaptée aux besoins de la personne et si bien encadrée. Si la décharge émotionnelle n'est pas suffisante, il faut aider la victime à explorer et verbaliser le sens de sa colère.
- Lorsque la victime est lettrée, écrire une lettre à la personne contre qui elle est en colère peut être utile. Il faut voir avec la victime ce qu'elle aimerait faire avec cette lettre par la suite. Si elle est analphabète et qu'il existe un niveau élevé de confiance entre elle et l'assistant psychosocial, elle pourrait se sentir en mesure de dicter la lettre à l'assistant et à ce dernier de l'écrire.
- Le jeu de rôle peut être utilisé pour aider la personne à exprimer sa colère et à se préparer pour une rencontre avec la personne contre qui elle est en colère.
- Avec des survivants instruits, la technique de la 'chaise vide' peut aussi être utilisée pour discuter ses émotions. En général, cette technique est déconseillée, car ça peut faire penser à la magie. Il faut faire en effet très attention.

4.2.6. Culpabilité

Un des objectifs du counseling pour beaucoup de victimes de violence sexuelle est de surmonter les sentiments de culpabilité et de gêne. Ecouter et retravailler ces émotions de culpabilité est très important, car la culpabilité peut amener des sentiments de perte d'estime de soi (perte de valeurs) et de gêne, qui peuvent à leur tour amener à la grande tristesse et à l'isolement...

Il faut éviter de rassurer la victime ou de nier la culpabilité puisque cela pourrait déprécier ce que la victime exprime. Au contraire, il vaut mieux bien explorer ces sentiments et aider la personne à réattribuer la culpabilité qu'elle éprouve envers elle-même vers les personnes qui sont vraiment coupables.

Les techniques suivantes peuvent aider les adultes et les enfants.

1. Aider la personne à penser de façon plus réaliste sur la différence de pouvoir entre elle et son agresseur. Si l'agresseur avait des armes, était dans une position influente, ou si il y avait plusieurs agresseurs, il faut encourager la survivante à mesurer ces facteurs de façon réaliste afin de voir qu'elle n'avait pas d'autre choix que de se soumettre.
2. Souvent les survivants vont s'attribuer la culpabilité, mais ne l'attribueront pas à une personne qui a été victime de violence sexuelle. Il pourrait donc être utile de

²⁰ Effet thérapeutique

demander si elle connaît quelqu'un d'autre qui a été victime de violence sexuelle ou de décrire un exemple hypothétique. Nous pouvons demander à la victime si elle trouve que cette personne est responsable de ce que lui est arrivé. La plupart du temps elle dira 'non'. Ensuite nous pouvons lui demander d'expliquer pourquoi cette femme n'est pas coupable. Le/la survivant/e pourrait être aidée à voir que les mêmes raisons s'appliquent pour elle-même.

3. Une autre raison pour ressentir de la culpabilité peut être quand la/e survivant de violence sexuelle a ressenti une excitation sexuelle au cours de l'abus. C'est important de demander si ça a été le cas et si oui de normaliser cette réaction physiologique et d'expliquer que ça ne veut pas dire qu'elle a pris du plaisir au cours de l'abus.

4.2.7. Honte

Les sentiments de honte sont fort fréquents parmi les survivants de violence sexuelle. Cette honte peut avoir pour conséquences un manque d'estime de soi, des difficultés pour assumer les rôles imposés par la famille, la société, une difficulté pour s'occuper de ses enfants sentant qu'elle ne peut rien leur donner et que son statut de mère est en péril et qu'elle ne peut ni ne doit l'assumer.

Les mêmes techniques vont pouvoir être appliquées dans les cas de la honte. Toujours aider la victime à penser de façon réaliste à démonter les idées irrationnelles de honte, pour arriver à une acceptation de ce qui s'est passé, apprendre à vivre avec.

4.2.8. Troubles du sommeil

Les problèmes d'insomnie sont très fréquents parmi les survivants de violence sexuelle. Ils peuvent avoir des difficultés pour s'endormir, se réveiller tôt le matin, avoir un sommeil agité et des cauchemars ou avoir un cycle de sommeil interrompu. Cette insomnie peut conduire à un état de somnolence durant la journée, à la fatigue, la difficulté de concentration, de raisonnement de manière claire et précise, de prise de décision, l'irritabilité, augmentant potentiellement aussi le risque d'accidents.

Pour aider un/e survivant souffrant d'insomnie, il faut d'abord bien comprendre le type d'insomnie qu'elle subit mais aussi la fréquence, l'intensité et le contexte du problème. Si elle a des difficultés à s'endormir, cela peut être causé par l'anxiété, et un exercice de relaxation ou une manière de se détendre avant de se coucher pourrait être discuté ensemble, favorisant une routine de sommeil régulière. Si le/la survivant/e ne parvient pas à s'endormir au bout de 20 minutes, conseillez-lui de se lever, de faire quelque chose d'autre et de tenter d'aller dormir plus tard quand elle se sentira somnolente.

Si se réveiller tôt le matin est une difficulté immédiatement après l'agression, la suggestion peut être donnée au/à la survivant/e de se lever et de faire quelque chose de relaxant, plutôt que de rester couchée dans le lit sans arriver à dormir.

Si le problème d'insomnie est plus lié aux cauchemars, une approche possible est d'aider la personne à parler du contenu de ses rêves. Ces rêves peuvent prendre différentes formes. Quelques fois, ils sont comme la réminiscence de la violence sexuelle. Parler du contenu des rêves est alors aussi utile que de parler des expériences douloureuses du passé. Dans d'autres cas, les rêves sont moins « réalistes » et plus difficiles à comprendre. N'allez pas trop loin dans l'interprétation des rêves.

Quelquefois, il est possible de discuter d'un changement dans le comportement qui puisse prévenir l'arrivée des troubles du sommeil.

4.2.9. Difficultés sexuelles

Alors que certains survivants de violence sexuelle augmentent leur libido, souvent dû à des sentiments de baisse estime de soi, la majorité commence à avoir de grandes difficultés à avoir des relations sexuelles. Cela peut être dû à des souvenirs intrusifs ou des flashbacks qui se produisent lors de rapports sexuels.

Malgré le fait que les difficultés sexuelles sont très fréquentes parmi les survivants de violences sexuelles, ils en parlent rarement ou difficilement. Parler de la sexualité est souvent un tabou, mais le niveau d'ouverture varie selon les régions, les ethnies et le niveau d'éducation. Adresser ce sujet doit être fait avec beaucoup de précaution et de sensibilité.

Dans le cas où le/la survivant se plaint de flashbacks au cours des rapports sexuels, elle peut être aidée pour contrôler ces flashbacks.

Les difficultés sexuelles se réfèrent aux troubles qui interfèrent avec un cycle complet de la réponse sexuelle et pouvant être des problèmes de désir, d'excitation ou de d'atteinte d'orgasme.

La dysfonction sexuelle prend des formes différentes chez les hommes et les femmes.

Difficultés sexuelles chez la femme

- manque/perte de désir sexuel
- lubrification inadéquate
- difficulté à atteindre l'orgasme
- anxiété pendant les rapports sexuels
- douleur pendant les rapports sexuels
- contractions involontaire des muscles vaginaux avant ou pendant les rapports sexuels

Dysfonctions sexuelles chez l'homme

- manque ou perte de désir sexuel
- manque ou insuffisante érection pour des rapports agréables
- éjaculation avant son désir ou avant le désir de son partenaire
- incapacité d'éjaculer, ou éjaculation retardée
- douleur pendant les rapports sexuels

Des difficultés sexuelles après une violence sexuelle sont très courantes.

a. Aspect général

- Différentes études ont montré que des survivants de violence sexuelle souffraient des difficultés sexuelles :
 - Diminution de satisfaction sexuelle, même plusieurs années après
 - Peur des rapports sexuels

- Diminution de l'excitation sexuelle
- Douleurs au moment des rapports sexuels
- Incapacité d'orgasme
- Les difficultés sexuelles peuvent être causées par :
 - Facteurs physiologiques:
 - dépressions,
 - ménopause
 - alcoolisme, tabagisme, toxicomanie
 - effets secondaires de nombreux médicaments
 - Facteurs psychologiques : le manque de confiance en soi et perte d'estime de soi
 - Facteurs culturels : les croyances, l'éducation, les habitudes, la religion

b. Que faire ?

- Avant tout il est très important de traiter les difficultés sexuelles avec beaucoup de sensibilité, prudence et respect, vu les sentiments de honte et le tabou qui existe autour du sujet.
- Quand une personne vous parle de ces problèmes sexuels, il est d'abord important de
 - Normaliser les problèmes
 - Expliquer les différents types de problèmes sexuels courants

➤ **Aider la personne à se sentir mieux dans son corps**

Suite à l'agression, beaucoup de victimes ne se sentent pas bien dans leur corps et n'arrivent plus à s'identifier de façon positive avec, ce qui mène à des répercussions négatives sur différents aspects de leur vie, par exemple sur leur estime de soi, sur leur conscience d'elle-même, et aussi sur leur capacité à se montrer sensuelles et à vivre leur sexualité. Aider la personne à se reconnecter à son propre corps et à se sentir mieux dans son corps, est alors un premier pas pour surmonter les problèmes sexuels.

- La tâche d'observer des sensations corporelles positives
 Une façon d'aider la personne prendre conscience de son propre corps est de lui donner la tâche de remarquer les moments pendant qu'elle éprouve des sensations positives dans son corps et ensuite de les faire encore plus. (Par exemple : prendre un bain chaud, se faire tresser les cheveux, se faire les ongles...)
- l'automassage / massage

Il aide certaines personnes à reprendre contact avec leur corps, en commençant avec un pied ou une main et en passant graduellement au reste de leur corps. D'autres personnes se sentent à l'aise pour demander à leurs enfants, la sœur, le mari de leur donner un massage.

- exercice du muscle²¹ vaginal

²¹Exercice de Keguel

Certaines femmes, qui ont envie d'améliorer leur désir sexuel, peuvent bénéficier de l'exercice de muscle vaginal. Cet exercice consiste à apprendre à la femme à contracter et relâcher son muscle vaginal. Commencez avec une série de 10 (contractez et relâchez comme si elle faisait pipi et s'arrêtait). Après demandez à la femme de garder la contraction 5 secondes. Vous pouvez lui donner la tâche de le faire à la maison, 3 séries par jours 10 fois.

➤ **Aider la personne à regagner plus de contrôle par rapport à sa sexualité**

Il est important d'aider le/la survivant à avoir plus de contrôle sur sa vie sexuelle pour l'aider à surmonter ses difficultés. Il faut discuter avec lui ce qu'elle peut faire pour atteindre cet objectif. De nouveau des habitudes ou coutumes ethniques ou régionales seront indicatives.

Si le mari est au courant, vous pouvez regarder avec la femme les possibilités de parler de ces sentiments par rapport à la sexualité. Rappelons-nous que beaucoup de femmes n'ont pas dit à leur mari qu'elles avaient violé, de peur d'être rejetées.

En général, la femme n'est pas censée se refuser son mari, mais en cas de maladies ou de menstruation, il est acceptable de ne pas avoir de rapports sexuels. Dans la plupart des régions, il est imaginable que la femme prendra plus de contrôle au cours de la phase préparatoire des rapports sexuels et dans certaines cultures elle pourra aussi influencer la position choisie pour le rapport.

➤ **Aider la personne avec des flashbacks aux cours des rapports sexuels**

La majorité des victimes ont des difficultés sexuelles à cause des souvenirs intrusifs ou des flashbacks au moment des rapports sexuelles. La technique d'ancrage pourra être utilisée pour aider la personne à réaliser qu'elle est là en sécurité avec son mari. Les autres techniques imaginaires auditives ou olfactives pourront aussi être utilisées.

➤ **Aider la personne à jouir des rapports sexuels**

Dans certains milieux et dans le cas où le mari est au courant et qu'il accepte de nouveau sa femme, il est peut-être utile pour eux de discuter de leurs sentiments sur la sexualité suite à l'attaque. Dans ses cas rares où le mari est impliqué dans le counseling et que les problèmes sexuels sont amenés dans la discussion avec l'assistant psychosocial, certaines techniques, tels que Masters et Johnson, peuvent être enseignées aux couples afin de se concentrer sur le plaisir sexuel alors que l'orgasme est retenu, d'éliminer l'anxiété de la performance sexuelle et les aider à communiquer sur leur vie sexuelle.

➤ **Aider les hommes avec des problèmes d'érection**

Expliquer le lien entre le problème de puissance et l'événement traumatique et normaliser cette réaction, peut déjà rassurer beaucoup des hommes.

Les hommes ayant des difficultés d'érection peuvent être aidés par l'exploration des pensées ou des images qui se produisent quand ils perdent leur érection, et les techniques cognitives permettant de contester de telles pensées, peuvent être utilisées

5. PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE

5.1. DEMARCHE THERAPEUTIQUE

5.1.1. Objectif

La prise en charge psychologique des survivants de violence sexuelle consiste à soigner des problèmes psychologiques et sociaux, tels que des troubles mentaux courants, état morbide et isolement, toxicomanie, comportement à risque et rejet de la famille...

Toutes les victimes doivent se voir proposer l'aide d'un correspondant local compétent en matière de violence sexuelle et à l'égard des femmes s'il en existe un. Un système de référence intégré et bien coordonné doit être mis en place.

La majorité des victimes de viol ne parle à personne de cet incident. Si la victime raconte ce qui s'est passé, elle fait preuve de confiance à l'égard de son interlocuteur. La compassion à son égard peut avoir un impact positif sur sa guérison.

Les survivants d'agressions sexuelles sont plus sujets à certains symptômes voir point V-3.1

- Emotions incontrôlables
- Pensées suicidaires
- Léthargie;
- Plaintes somatiques sans explication médicale;

Un orgasme involontaire peut se produire pendant le viol provoquant souvent un sentiment de culpabilité chez la victime. Rassurer la victime que dans ce cas, sa réaction n'était que purement physiologique et non contrôlée.

S'assurer que la victime a un endroit sûr où elle peut aller, qu'elle a une personne de confiance pour l'accompagner à sa sortie de la formation sanitaire. Sinon, faire appel aux services compétents (services publics d'assistance sociale, police ou services de sécurité, associations ou ONG engagées dans la prévention des violences sexuelles, etc.) pour lui trouver un endroit sûr.

Si la victime dispose de personnes à charge et n'est pas en mesure d'assurer ses tâches quotidiennes suite au traumatisme, s'assurer du bien-être des personnes à sa charge et de leur sécurité.

Informé le/la survivant/e sur les autres structures de prise en charge disponibles (psychosociale, judiciaire,) et discuter des modalités des références possibles.

En cas de référence, informer le/la survivant/e sur la personne à contacter dans la structure de référence.

5.1.2. Etapes

5.1.2.1. Aide psychologique lors du premier contact

Le premier entretien lors du premier contact est essentiel.

Il sera souvent déterminant pour le suivi ultérieur. Au-delà de son sens clinique, le prestataire de soins doit donc faire appel à toutes ses capacités d'empathie, de délicatesse et d'humanisme pour permettre à la victime d'aller au bout de son récit, sans jamais lui renvoyer une impression de méfiance, d'incrédulité ou de jugement de valeur.

Le prestataire de soins n'a pas à jouer un rôle d'enquêteur. Il ne lui appartient pas d'établir l'exactitude des faits ni de confondre les agresseurs. Son rôle est de prodiguer les premiers soins et de faire un premier constat clinique qui pourra se matérialiser par un certificat psychologique.

Il faudra accepter que le récit reste flou, elliptique, brouillé par l'émotion. Il est important que la victime puisse décrire avec ses propres mots ce qu'elle a subi, ce qu'elle a ressenti: sa peur, sa détresse, son humiliation... Il convient de l'écouter avec attention et avec patience. Il sera nécessaire de la soutenir dans les évocations pénibles. C'est à chacun, dans sa pratique, de trouver les mots qui marquent la sollicitude, de formuler les questions qui permettent un appui, sans jamais se réapproprier la souffrance du/de la survivant/e.

En pratique, on peut alterner des questions fermées et des questions ouvertes. Les premières ne donnent lieu qu'à des réponses courtes, mais elles sont souvent plus rassurantes en début d'entretien. Il faut veiller cependant à ne pas induire la réponse dans ce type de questions. Les questions plus ouvertes qui permettent un discours plus spontané, plus personnalisé, ne peuvent intervenir que lorsqu'un bon contact est établi. Leur utilisation abusive peut induire de l'inhibition et du silence.

Ne pas pousser le/la survivant/e à partager son expérience personnelle outre les événements dont elle souhaite parler naturellement.

Ecouter sans forcer la victime à parler de l'agression et s'assurer que ses besoins fondamentaux sont satisfaits. Donner l'opportunité à la victime de poser des questions et d'exprimer ses inquiétudes.

En aucun lieu l'entretien ne pourra se réduire à un feu de questions destinées à remplir un formulaire d'examen.

Il faudra toujours considérer le/la survivant/e comme sujet et ne pas l'enfermer dans un statut de victime objet d'une agression. L'évocation de son mode de vie habituel peut y contribuer, de même que la rencontre avec les proches ou les parents qui l'accompagnent. De quel entourage social, familial, affectif dispose-t-elle ? Sur qui peut-elle s'appuyer dans les jours qui viennent ? Est-il nécessaire de prévoir une hospitalisation ou un séjour en foyer ?

Rencontrer les proches qui l'accompagnent est souvent indispensable. Cette rencontre se déroule en présence du/de la survivant/e, mais ne peut tenir lieu à elle seule d'entretien.

Le cadre confidentiel d'un entretien doit toujours être recherché. Il sera proposé au/à la survivant/e quelque soit son âge. Ce cadre est indispensable, dès lors qu'une situation d'abus sexuel intrafamilial est suspectée.

5.1.2.2. Etablir un diagnostic et un plan de thérapie

La base d'une thérapie est qu'elle s'adapte au à la survivant/e et que le diagnostic préalable soit fait. Vous pourrez utiliser la DSMIV-TR qui vous permettra de suivre les critères diagnostiques. Utiliser les techniques apprises à l'université suivant l'école qui vous a été enseignée. Ne prenez pas de risques avec les patientes en utilisant des techniques que vous méconnaissez et n'établissez pas un bilan précipité. Evitez de mettre une étiquette diagnostique à chaque patient. La plupart des personnes peuvent souffrir de différents maux à un moment donné sans pour autant développer aucune maladie mentale par la suite.

Il faut établir un plan de thérapie qui inclura les difficultés identifiées, le potentiel diagnostic, le type de thérapie et un rapport fait après chaque consultation.

5.1.2.3. Autres

Donner des informations sur les modalités de prise des traitements psychopharmacologiques prescrits et sur leurs éventuels effets secondaires.

Indiquer au/à la survivant/e qu'elle peut revenir à la maison d'écoute à tout moment si elle a des questions ou d'autres problèmes.

Il est possible qu'elle ne veuille ou ne puisse pas retourner au centre pour un suivi. Fournir un maximum d'informations lors de la première visite qui pourrait être aussi la dernière.

a. Considérations spéciales pour les hommes

Il est plus rare que les hommes ayant subi un viol ou une agression sexuelle, viennent raconter ce qui leur est arrivé à cause de l'extrême embarras qu'ils éprouvent généralement. S'il est vrai que les effets physiques diffèrent par rapport aux femmes, le traumatisme psychologique et émotionnel post-viol est tout à fait comparable.

Lorsqu'un homme a subi un viol anal, la pression exercée sur la prostate peut provoquer une érection, voire un orgasme. Il convient de rassurer la victime en lui expliquant qu'il s'agit d'une réaction physiologique tout à fait en dehors de son contrôle.

b. Considérations spéciales pour les enfants

La prise en charge psychologique est plus fréquemment indiquée en raison de nombreux facteurs de vulnérabilité qui se surajoutent au choc psychique de l'agression.

La sévérité du tableau clinique est fréquente lorsque la révélation a été faite tardivement.

Le suivi psychologique ultérieur

Dans l'aide aux survivants d'agression sexuelle, le prestataire de soins occupe une place prépondérante :

Il est souvent celui qui assure l'assistance psychologique immédiate. Ses qualités d'écoute et d'empathie seront déterminantes pour le suivi ultérieur.

Lorsque l'accalmie symptomatique n'impose pas le recours immédiat à un spécialiste, il est celui qui doit surveiller l'évolution du/de la survivant/e, en particulier au moment des grandes étapes de sa vie psychoaffective, afin de déceler une éventuelle résurgence des symptômes post traumatiques.

Il est enfin celui qui doit fermement orienter la victime vers les services spécialisés d'accompagnement psychosocial.

Dans bon nombre de cas, les services spécialisés d'accompagnement psychosocial ne sont pas disponibles. Le prestataire des soins qui a assuré le premier accueil doit poursuivre l'accompagnement, quelle que soit sa spécialité.

Dans tous les cas, assurer le soutien psychosocial :

Si possible à travers un service de conseil en groupe qui offre les avantages suivants :

- Aider à réduire le sentiment de solitude qu'éprouve la victime ;
- Offrir un climat de soutien ;
- Encourager l'échange d'expérience
- Favoriser un soutien mutuel entre pairs.
- Renforcer les relations entre les victimes.

Envisager un service de conseil individuel dans les cas où se serait nécessaire.

5.2. REFERENCES POSSIBLES

5.2.1. Approche psychiatrique

La plupart des problèmes décrits ci-dessus peuvent être surmontés avec le temps et en utilisant les techniques de soutien déjà décrites.

Néanmoins, certains patients peuvent développer des symptômes plus sévères de détresse de santé mentale à moyen et long terme. Si ces symptômes sont incapacitants à cause de leur sévérité ou de leur durée, les médicaments et le soutien psychologique continu peuvent aider pour réduire la sévérité des symptômes et accélérer le processus de guérison.

Le traitement des troubles mentaux suivants et la prescription de médicaments psychotropes devraient se faire uniquement par des professionnels formés en soins de santé mentale et les patients doivent être suivis jusqu'à la fin du traitement.

Le syndrome d'anxiété et de dépression

Les personnes ayant subi une agression sexuelle peuvent développer une dépression modérée ou sévère ou de l'anxiété ainsi que des symptômes de stress post-traumatique (ESPT). Plaintes somatiques inexpliquées ou dépressives peuvent parfois être le signe de dépression ou d'anxiété, et devraient être noté.

Les étapes suivantes peuvent être utiles dans le diagnostic de dépression ou d'anxiété chez les personnes affichant de multiples symptômes physiques inexpliqués sans ou avec des plaintes dépressives.

Les questions suivantes doivent être posées à toute personne ayant des symptômes somatiques médicalement inexpliqués ou des symptômes dépressifs :

- Avez-vous perdu de l'intérêt ou du plaisir dans des choses et des activités que vous aimiez habituellement?
- Pensez-vous que vous avez moins d'énergie que d'habitude?
- Vous sentez-vous triste ou déprimé?

Si l'une des questions ci-dessus est positive, demandez si les symptômes dépressifs suivants sont présents:

- Troubles du sommeil
- Perte d'appétit
- Manque de concentration
- Mouvements lents
- Diminution du désir sexuel
- Perte de confiance en soi ou d'estime de soi
- Pensées de suicide ou de mort
- Sentiments de culpabilité

Si le patient présente moins de 5 symptômes,

⇒ Traiter la dépression, avec des conseils de santé mentale.

Si 5 ou plus des symptômes sont présent, OU

Si des pensées suicidaires sont exprimées et il n'y a pas d'amélioration après 2 semaines, ou

Si le patient décrit une capacité réduite à effectuer des activités quotidiennes,

⇒ C'est un médecin qui va traiter la dépression avec des antidépresseurs et fournir des conseils de santé mentale. Référer la victime vers un neuropsychiatre

⇒ Si vous suspectez que le patient a eu des épisodes maniaques précédents, ou à un trouble bipolaire,

⇒ Référer à une clinique de santé mentale pour la gestion spécifique.

Si les pensées suicidaires sont exprimées,

⇒ Prendre des mesures décrites ci-dessous

Médicaments pour le traitement du syndrome d'anxiété/ dépression:

Ces schémas thérapeutiques ne devraient être prescrits que par le personnel médical:
Amitriptyline:

- Dose initiale: 25 à 100mg par jour en 3 à 4 prises ou 50 à 100mg en une seule prise le soir

- Dose d'entretien: 25 à 150mg par jour en une seule prise (le soir) ou en 3 à 4 prises.
- Une augmentation des doses devrait être faite progressivement (25mg/semaine).

Dose pédiatrique

Ne pas prescrire pour les enfants moins de 12ans,

Dose initiale: 1mg/kg/jour par voie orale en 3prises

La dose d'entretien: 1 à 5mg/kg/ jour en3prises.

Une augmentation des doses devrait être faite progressivement.

Personnes âgées et les patients souffrant de graves troubles médicaux ou sous traitements

10mg par voie orale3fois parjouret20mgle soir peut être satisfaisant chez les patients qui ne tolèrent pas des doses plus élevées.

- Les effets secondaires: somnolence, sécheresse de la bouche, étourdissements, gain de poids, vision trouble, constipation et troubles du rythme chez les personnes ayant des antécédents de troubles cardiaques ou d'infarctus du myocarde récent.

Fréquente surveillance d'ECG, rythme cardiaque et de la pression artérielle est recommandée pour des doses de plus de 3 mg/kg/jour.

- Les patients devraient être encouragés à ne pas augmenter la posologie si les effets secondaires comme la bouche sèche ou une hyper somnolence ne sont pas tolérés. Ces effets indésirables sont attendus et disparaissent avec la poursuite du traitement dans un délai maximum de 2-3semaines. Les patients doivent continuer à prendre la dernière dose sans effets secondaires intolérables. Si les effets secondaires ne s'améliorent pas, ils doivent être référé au personnel médical.
- Les patients présentant des signes de glaucome (douleur dans globe oculaire) ou une arythmie cardiaque/infarctus du myocarde récent ou l'élargissement de la prostate (difficultés à uriner) ne devraient pas être mis sur l'amitriptyline.

Fluoxétine (deuxième choix)

- Uniquement disponible dans le guide des médicaments essentiels ISRS.
- Posologie: Un comprimé de 20mg par jour.
- Maintenance: Augmentation de 20 mg sur l'intervalle d'une semaine jusqu'à 60 mg par jour.
- Attention en cas d'utilisation pour les personnes souffrant de graves symptômes d'anxiété associés ou les patients alités.
- Les effets secondaires:
 - Nervosité, maux de tête, insomnie, fatigue, nausées, diarrhée, perte d'appétit, des troubles sexuels
 - La plupart des effets secondaires apparaissent au début du traitement et disparaissent probablement dans une période d'une semaine.
- Ne pas utiliser chez les patients de moins de 15 ans.

Paroxétine (troisième choix)

- Le médicament de choix en cas de symptômes sévères de l'anxiété associée

- Posologie: Un comprimé de 20 mg le soir.
- Maintenance: Augmentation de 1,5 à 2 comprimés (40 mg) si nécessaire APRES un mois de traitement.
- Les effets secondaires: la même que pour la fluoxétine.

Le traitement de la dépression doit être poursuivi pendant au moins 6 mois et à partir de ce moment le dosage devrait être réduit progressivement (25 mg de réduction à chaque semaine). Si les symptômes de la dépression réapparaissent, les antidépresseurs doivent être réintroduits à la dose précédente, puis maintenu pendant une période plus longue (minimum un an).

Si le patient risque de se suicider, donner un médicament à un membre de la famille et conseiller la famille de poursuivre le traitement. Pour le patient sans soutien familial, utiliser une autre personne ressource (les connaissances, une association, considérer une hospitalisation si nécessaire).

La personne doit être conseillée de ne pas prendre d'alcool, de ne pas conduire ou de ne pas utiliser de la machinerie lourde, en particulier au début du traitement. Le patient doit aussi être alerté que les symptômes d'amélioration ne commencent qu'après une période de 2-3 semaines. Le patient doit être informé sur les effets secondaires courants et comment les gérer.

Si le patient a des antécédents d'épisodes maniaques avec au moins deux semaines des symptômes suivants:

- Réduction des besoins de sommeil
- pensées accélérées
- idées de grandeurs considérées comme divergentes de la personnalité normale de la victime

Des antidépresseurs ne devraient pas être prescrits sans stabilisateur de l'humeur, et l'avis d'un spécialiste de la santé mentale est essentiel (carbamazépine).

Référer à un spécialiste de santé mentale pour la gestion des stabilisateurs d'humeur.

Pour les femmes enceintes donner de préférence un traitement de counseling. Si la dépression est sévère ou si les pensées suicidaires sont évaluées, un référent médical doit être consulté pour une décision sur la meilleure approche thérapeutique. Risques et avantages doivent être discutés avec chaque victime.

Etat de stress aigu

Si les patients décrivent des symptômes de stress post-traumatique (ESPT), tels que:

- Revivre le trauma à plusieurs reprises par des visions de l'événement, des cauchemars et des flash-back
- éviter des situations qui lui rappellent l'événement traumatique
- ressentir la trépidation, la nervosité constante ou des troubles du sommeil, des difficultés de concentration, de l'irritation, ou est facilement effrayé ou surpris

Etat du stress post-traumatique

- Si au bout de quatre semaines, les symptômes ne se sont pas améliorés et empiètent sur le fonctionnement quotidien de la victime.

Traiter, avec du counseling et avec l'amitriptyline, tel que décrit ci-dessus

Idées suicidaires

Principales causes de pensées suicidaires:

- La dépression sévère
- l'abus d'alcool et de drogues
- problèmes de santé à long terme
- de troubles mentaux sévères (comme la psychose)

Facteurs sociaux qui influencent le développement des pensées suicidaires :

- Les problèmes conjugaux et des violences conjugales
- Le manque de biens de base, des difficultés financières
- Violations des droits humains dans les camps de réfugiés ou de déplacés.
- Perte de la famille ou les proches
- Chez les adolescents, des difficultés dans l'accomplissement de leurs souhaits et désirs, souvent liés aux relations avec le sexe opposé et à la performance à l'école ou dans le sport.
- La stigmatisation, la discrimination et les problèmes sociaux liés à la violence, l'infection VIH et TB.
- Le manque de perspectives d'avenir (sans espoir, sans projets)

Une évaluation du potentiel de suicide doit être faite quand il y a une suspicion de dépression et directement après une tentative de suicide ou l'expression de pensées suicidaires. Les patients psychotiques doivent également être évalués pour la propension suicidaire au cours des consultations.

Dans un environnement où la confidentialité peut être garantie, l'évaluation comprendrait les questions suivantes:

1. la victime a-t-elle un plan?
2. Déterminer si la victime a les moyens de le mettre en pratique
3. Regarder si elle a fixé un délai.
4. la famille est-elle au courant?
5. a-t-elle déjà fait une tentative? Comment? Etait-elle potentiellement capable ?

Si la victime a un plan et / ou les moyens de se suicider, ou tente de se suicider, il ou elle doit être considérée comme à risque élevé de suicide.

Référer pour l'hospitalisation (si disponible)

ou

Prendre des dispositions pour que la victime reste en famille ou entre amis (ne pas la laisser seul)

Et

Aviser la famille de maintenir une surveillance et une observation stricte de la personne 24 heures par jour.

La famille doit garder tous les moyens possibles de se suicider hors de portée de la victime (par exemple armes, des couteaux, des cordes, poison, médicaments, etc.)

En outre, vous pouvez prendre les mesures suivantes **immédiatement**:

- Expliquer à la victime que de nombreuses personnes qui ont vécu des expériences similaires ont eu des pensées suicidaires, et que ces pensées sont le résultat d'une situation de stress.
- Demandez à la victime s'il lui serait utile de parler à un ami ou un parent.
- Montrer à la victime l'importance de partager ses sentiments avec des amis proches ou des parents.
- Expliquer à la victime l'importance de pouvoir partager ses sentiments avec son médecin ou tout autre professionnel de la santé qu'il consulte.
- Assurer que vous pouvez revoir la victime et vérifier son état à nouveau dans une semaine.

Tout médicament que le patient prend doit être conservé par les membres de la famille, et la quantité à garder ne devrait pas dépasser une semaine de traitement.

La victime **doit être consultée par un médecin de façon régulière** et les conditions sur lesquelles **les pensées suicidaires** sont basées **doivent être traitées et suivies** (par exemple, **dépression, psychose**). Le **soutien psychologique** (comme le counseling) **pour le patient et pour toute la famille doit être offert**.

Remarque: Vous pouvez également être confronté à des tentatives de suicide (à différencier avec le suicide qui a échoué) et à l'automutilation, en particulier dans le contexte de l'abus et de troubles de la personnalité antérieurs à l'agression.

Certaines victimes de la violence vont encore afficher des comportements violents (vers soi-même ou vers des autres) et des conduites à risque. Ils devraient être considérés comme des symptômes et, par conséquent traités (apprendre à gérer les émotions). Traiter les conséquences de violence pourra aider à prévenir de nouvelles violences.

L'abus et la dépendance de l'alcool ou des drogues

L'alcool et certaines drogues font partie des habitudes culturelles. Néanmoins, les médecins devraient être consultés lorsque les victimes qui ont vécu un événement violent boivent trop ou consomment des drogues dangereuses. Les gens qui ont vécu des événements extrêmement violents pourraient rechercher le soulagement temporaire de la dépression ou l'anxiété en utilisant excessivement d'alcool ou de drogues.

Ces sortes d'abus de substances peuvent conduire à une mauvaise santé, y compris les problèmes de santé mentale et l'exclusion sociale.

Par conséquent, les responsabilités importantes du personnel médical et paramédical sont les suivantes:

- de bien gérer les symptômes d'anxiété et de dépression afin d'éviter la possibilité d'abus d'alcool ou de drogues et la dépendance
- d'offrir un traitement pour l'abus d'alcool ou de drogue quand il est reconnu

- de connaître les signes possibles d'une consommation problématique

Cette section décrit uniquement les stratégies de traitement pour abus d'alcool et la dépendance

Des raisons possibles de l'abus d'alcool:

- Des niveaux élevés de stress
- La dépression, l'anxiété, les symptômes du ESPT ou d'autres problèmes liés à la violence
- La pression des pairs
- Le développement de la dépendance à l'alcool, en particulier lorsque les symptômes de sevrage compliquent une consommation modérée

Le diagnostic de l'abus d'alcool ou de dépendance:

- les hommes ne doivent pas boire plus de 3 verres standard par jour.
- les femmes ne devraient pas boire plus de 2 verres standard par jour.²²
- avoir besoin de boire comme première chose le matin est un signe de dépendance à l'alcool.
- les problèmes manifestes de santé ou des difficultés sociales liées à l'alcool sont aussi un signe de dépendance à l'alcool : perte d'emploi, rupture avec la famille, les amis,
- la difficulté, l'absence de contrôle volontaire sur l'utilisation de l'alcool
- modification des activités quotidiennes normales (liés à l'alcool) : faible capacité de répondre à ces responsabilités, perte de son rôle social, incapacité ou grandes difficultés pour aller travailler, s'occuper des enfants.

Les patients répondant à un des critères ci-dessus doivent être informés par des professionnels médicaux et paramédicaux sur les effets nocifs de l'alcool, et le traitement qui pourrait leur être offert. Les survivants peuvent être aidés par des entretiens motivationnels, mais la décision finale d'arrêter de boire avec ou sans l'aide d'un médecin ne dépend que du/de la survivant/e.

La plupart des patients confrontés à des problèmes graves de dépendance de l'alcool consultent rarement et spontanément un médecin. Par conséquent il est très important d'être attentif aux signes possibles d'abus d'alcool chez des victimes qui sont passées par des événements violents, au service de consultations externes (OPD).

Les indicateurs possibles de la dépendance à l'alcool ou d'abus:

- accidents ou des blessures inexplicables
- Inflammation dans la zone de l'estomac ou des vomissements de sang
- des maladies récurrentes et les absences au travail, le manque d'assomption de ses responsabilités
- problèmes de santé mentale comme la dépression et l'anxiété
- Les troubles du sommeil
- Les problèmes sexuels, tels que l'impuissance
- Perte d'appétit (poids)

²² OMS (ICD-10 diagnostic and management guidelines for mental disorders in primary Care

Le personnel médical et paramédical peut jouer un rôle majeur dans l'utilisation des techniques de motivation avec les victimes qui abusent de l'alcool et souffrent de conséquences physiques et sociales liées à cet abus.

Les grands principes pour motiver les patients à résoudre leurs problèmes avec l'alcool sont les suivantes:

- La consultation devrait être centrée sur elle, par conséquent, le personnel médical ou paramédical devrait travailler avec le/la patient/e pour comprendre les problèmes et les difficultés auxquelles elle est confrontée, et pour comprendre quels problèmes et les facteurs de stress sont liés à la consommation d'alcool.
- L'approche adoptée devrait souligner que le patient est la source des solutions à ses problèmes, et que **le personnel médical est là pour aider à s'aider elle-même**
- Les décisions des patients doivent être respectées. Le praticien essaie de guider le patient à faire des choix sains liés à l'abus d'alcool. En fin de compte, la charge et la responsabilité de prise de décisions se retrouvent chez la victime. C'est l'autodétermination de la victime
- Quelle que soit la décision du patient, le personnel médical doit faire preuve d'empathie et respecter les choix de la victime. Cette empathie construit une relation de confiance et pourrait être la première étape pour prendre des choix plus sains.
- Lors de la consultation, le personnel médical devrait discuter de la façon dont l'utilisation continue de l'alcool interfère avec les objectifs de la victime et ses objectifs de vie. La réalisation de ce coût d'opportunité causé par l'abus d'alcool peut être une forte motivation pour le changement de comportement.
- Soutenir et renforcer les capacités du patient pour le changement est fondamental.

Les stratégies de traitement: se référer à un personnel spécialisé (conseiller, psychologue, psychiatre, etc.)

1. Discuter des coûts et avantages de boire du point de vue de la victime.
2. Fournir des informations sur les risques de santé liés à l'abus d'alcool et sur les avantages pour la santé de la réduction, l'arrêt de la consommation.
3. Mettre l'accent sur la responsabilité du/de la survivant/e sur son changement.
4. Considérer le soutien ciblé pour traiter les problèmes de vie liés à la consommation d'alcool.
5. Établir un objectif clair pour diminuer l'utilisation (par exemple, deux jours sans alcool par semaine ou réduire X nombre de verres par jour).
6. Discuter des stratégies pour éviter ou pour faire face aux situations à haut risque sans recourir à la consommation d'alcool (par exemple, des situations sociales et les événements stressants).
7. Définir une date précise pour arrêter.
8. Discuter des symptômes et la gestion médicale du sevrage alcoolique.
9. Aider les patients à identifier les membres de la famille ou des amis qui appuieront les efforts du patient à arrêter.
10. Évaluer pour la dépression, car les deux conditions coexistent fréquemment.
11. Fournir et assurer un suivi à long terme.

Lorsque les patients ne réussissent pas ou rechutent:

1. Identifier et donner crédit pour tout succès
2. Éviter de juger ou de critiquer

3. Faire attention aux autocritiques de la personne par rapport à l'échec et apporter un soutien si nécessaire
4. Discuter des situations qui ont conduit à la rechute
5. Retourner aux étapes précédentes ci-dessus
6. Référer au personnel médical pour la prescription de vitamine B-complexe.

Sevrage de l'alcool est un risque important si les victimes prennent plus de 6 ou 4 verres par jour. Le traitement pour sevrage doit être offert aux patients à risque. Afin d'éviter la progression de sevrage de l'alcool au delirium tremens, le patient doit rester à l'hôpital pour observation étroite et pour l'administration de la vitamine du complexe B et du glucose et titration substitution de la thérapie au diazépam dosage.

Sevrage de l'alcool se produit après l'arrêt de la consommation excessive d'alcool, généralement entre 6 heures et 6 jours après le dernier verre.

Rechercher:

- Le tremblement dans les mains
- Sueurs
- Vomissements
- Palpitations
- Augmentation de la pression artérielle
- Agitation
- L'hyperthermie

Renseignez-vous si la victime souffre de

- Maux de tête
- Nausées
- Anxiété

Référer à des groupes de soutien lorsqu'ils sont disponibles et suivre la victime pendant une période minimale d'un an.

Envisager une approche de réduction des effets, l'objectif n'est pas seulement l'abstinence, mais l'amélioration des habitudes saines de vie (réduire la quantité de substance, améliorer l'alimentation, les relations avec les amis, et s'engager dans des activités ...)

Ne pas centrer l'intervention sur la toxicomanie / usage, mais sur la vie globale de la victime

Comportement psychotique

Une faible proportion de personnes peut développer des symptômes psychotiques après une exposition à des situations extrêmement violentes. La psychose signifie que le patient a perdu le contact avec la réalité. Les symptômes les plus importants sont les délires et hallucinations, mais il peut aussi se manifester par un comportement brusque, bizarre, ou perturbateur.

Les victimes affichant un comportement psychotique ont besoin d'être examinées pour exclure la possibilité d'un traumatisme crânien ou d'autres conditions métaboliques du cerveau qui pourrait précipiter un épisode psychotique.

Les victimes peuvent développer un état confusionnel aigu, qui se déclenche rapidement et se caractérise par la perte de l'orientation, l'agitation et diminution du niveau de conscience.

a. Les symptômes courants de la psychose:

- La victime a des hallucinations auditives et /ou visuelles, en tenant compte des pratiques culturelles ou religieuses locales (la victime ne fait pas de différence entre la réalité et ce que d'autres considèrent comme des hallucinations ou des délires).
- La victime présente une désorganisation de la pensée ou de la parole.
- La victime développe des notions bizarres et/ou récurrentes de persécution.
- La victime a un comportement étrange, effrayant ou atypique, impulsif, a des sautes d'humeur, ou n'a pas des réponses émotionnelles habituelles mais disproportionnées.

Rappelez-vous que dans certaines communautés, certains types de comportements psychotiques sont considérés comme normaux vis-à-vis des croyances culturelles et les perceptions communautaires et d'autres pris comme des sorciers.

b. Les symptômes habituels d'état confusionnel aigu:

- déclenchement soudain et récent de confusion
- Difficulté de parler
- Perte de l'orientation spatiale et temporelle
- Agitation
- Réduction du niveau de conscience

c. Les principales causes d'état confusionnel aigu:

- Les effets secondaires des médicaments (en particulier chez les personnes âgées)
- Sevrage de l'alcool (delirium tremens) ou des sédatifs ou une intoxication médicamenteuse,
- traumatisme crânien
- Tumeur au cerveau, infarctus cérébral
- L'épilepsie partielle
- sida et infections opportunistes (toxoplasmose, la méningite à Cryptococcose)
- surdose de drogues, l'intoxication avec des produits chimiques
- le paludisme cérébral, la brucellose, la rage et la fièvre typhoïde

Diagramme pour le diagnostic et traitement des patients avec de comportement psychotique :

Confusion, agitation soudaine
Désorientation (reconnecter de la réalité)
Pas d'historique précédent de problème mental

Exclure traumatisme crânien
 Infection sévère
 Signe de fièvre, déshydrations, jaunisse=> traiter de façon appropriée
 Abus de drogues ou intoxication

Sevrage de l'alcool ou de drogues
Considérer l'état confusionnel aigu
Demander pour de symptômes psychotiques comme hallucination et/ou délire

d. Le traitement de l'état confusionnel aigu

1. Effectuer un examen physique et rechercher la cause afin d'exclure une urgence médicale.
2. S'attaquer aux causes médicales de l'état confusionnel
3. Placer la victime dans un lieu privé, calme et confortable, avec peu de stimuli externes.
4. Garder la victime près des proches (si possible)
5. Donner l'orientation temporelle et spatiale.
6. Garder la victime sous surveillance étroite et l'observation peut être une option si la victime est très perturbée.
7. Si la victime est très agitée, administrer l'halopéridol

L'halopéridol:

Dosage : 5 à 10 mg de préférence en IM, si malade coopératif en PO en urgence

Attention: 2, 5 mg chez les personnes âgées, les patients cachectiques, les patients VIH de stade 3 ou 4

Maintenance: Ces doses peuvent être répétées jusqu'à 3 fois par jour en IM tant que l'agitation persiste.

Passer à la forme orale, 3 fois par jour à la même dose qui a été utilisée en injection IM, si malade coopératif, jusqu'à une dose maximale de 10 mg par jour.

Ne jamais arrêter brutalement le traitement, mais réduire progressivement les doses (2 mg par semaine) selon évolution du tableau du patient vers la stabilisation et si une cause a été reconnue pour l'état confusionnel.

Les effets secondaires : rigidité, raideur sécheresse de la bouche, agitation, somnolence, vertiges, prise de poids, des mouvements saccadés soudaines ces effets peuvent être corrigés pendant le traitement par l'adjonction d'un correcteur comme l'artane de 5mg 1.

Il est important de se rappeler que ces médicaments sont des palliatifs, et le plus important est de traiter la cause.

8. Si la victime est soupçonnée de souffrir d'abus d'alcool ou de dépendance, administrer de la vitamine B-complexe et du glucose (si la victime présente des signes de delirium tremens, référer pour des soins appropriés).
9. Envisager une référence à un hôpital si la confusion est un signe de l'urgence médicale.

e. Traitement des comportements psychotiques

Si aucune justification physique pour le comportement psychotique n'est retrouvée, les lignes directrices suivantes s'appliquent:

En supposant que la possibilité d'un état confusionnel aigu (delirium) causé par une condition médicale affectant le cerveau a été écartée, un patient présentant un comportement agité, des idées délirantes ou des hallucinations doit être traité avec des antipsychotiques.

1. Éliminez les symptômes psychotiques induits par des drogues (par exemple, la cocaïne, cannabis).
2. Évaluer le patient sur ses pensées et intentions suicidaires
3. Si le patient est considéré comme un risque pour lui-même (suicide ou automutilation) ou un risque pour les autres (comportement violent), le patient devrait être référé à un hôpital.
4. Commencer le traitement avec l'halopéridol 2,5 mg le soir et biperidene 2 mg le soir .les doses peuvent être augmentées par pallier (pour éviter les risques d'effets secondaires lors de l'initiation du traitement antipsychotique). VOIR CI-DESSOUS
5. Informer clairement le patient et sa famille sur les effets secondaires possibles
6. Si des effets secondaires graves ou de la fièvre surviennent, référer à l'hôpital.
7. Les réévaluations doivent être effectuées sur une base hebdomadaire et le patient doit être référé à un psychologue pour la planification et la gestion de l'état à long terme. Un traitement pharmacologique à long terme (6 mois à un an) est généralement la règle.
8. Après 6 mois de stabilité, les doses de médicament peut être réduites lentement. Si la psychose réapparaît, les patients peuvent avoir besoin d'être gardés sous traitement pharmacologique à long terme, avec un neuroleptique retard comme la Fluphénazine décanoate amp de 25 mg/IM par mois pendant une à deux années.

L'halopéridol:

Posologie: 2,5mgPO le soir

Attention: chez les personnes âgées, les patients cachectiques, les patients HIV de stades 3 ou 4

Maintenance: Augmentation à 5 puis 10 mg/jour si aucune amélioration.

Des doses plus élevées (20 mg, jusqu'à 40 mg) peut être envisagée, mais le traitement doit alors être suivi par un spécialiste

Peut-être retiré progressivement (2 mg par semaine) après que la condition est médicalement stabilisé et si l'explication médicale a été trouvé pour l'état confusionnel.

Effets secondaire: symptômes extrapyramidaux [rigidité, tremblements, les spasmes musculaires et une agitation motrice], sécheresse de la bouche, agitation, somnolence, vertiges, prise de poids, soudaine des mouvements saccadés.

Associer toujours un correcteur pour prévoir ces effets secondaires :

1° Biperidene:

Posologie: 2mgPO le soir.

Maintenir la dose aussi longtemps que nécessaire, sinon elle peut être augmentée jusqu'à 6mg/ j pour.

Effets secondaires de la Bipéridine: effets anticholinergiques, somnolence, bouche sèche, vision embrouillée.

Contre-indication de la Bipéridine: glaucome, hypertrophie de la prostate, une cardiomyopathie.

2° Artane co 5 mg/jour (mêmes effets secondaires et contre-indications)

En cas d'effets extrapyramidaux à l'halopéridol:

- Augmentation biperidene PO jusqu'à 6 mg par jour en 3 prises a défaut Artane co 5mg/j

En cas de dystonie aiguë (spasmes musculaires sévères, en particulier de la bouche, du cou ou des yeux):

- Maintenir les voies respiratoires dégagées
- Arrêter halopéridol
- Donner de la biperidine 5 mg IM ou Diazépam 10mg/ IM
- Envisager la chlorpromazine (neuroleptique, mais plus sédatif que l'halopéridol)

Chlorpromazine:

Dosage: 50 à 100 mg / jour (seul ou en conjonction avec l'halopéridol)

Effets secondaire: symptômes extrapyramidaux [rigidité, tremblements, spasmes musculaires et une agitation motrice]. Associer toujours un correcteur (Biperidine 2mg/j ou artane 5mg/j)

En cas **d'agitation:**

En urgence 1° association Diazépam (10a20mg) avec Chlorpromazine (50a100mg) dans une seringue de 10cc, à injecter en IV/lente.

2° halopéridol 10 mg/IM

- Traitement d'entretien l'halopéridol 5mg ,2 à 3 fois par jour en suivant l'évolution du tableau.
- Associer de préférence un correcteur ARTANE co 5 mg/jour ou Biperidine 2mg/jour

En cas **des contre-indications ou mauvaise tolérance de l'halopéridol: La rispéridone:**

La rispéridone:

Posologie: Jour 1: 2 mg / jour PO en 2 prises. Jour 2: 4 mg / jour PO en 2 prises. Si insuffisante : augmentation jusqu'à un maximum de 8 mg / jour, divisé en 2 prises

Les effets secondaires: insomnie, maux de tête, plus rarement: agitation, somnolence, gain de poids, hypotension orthostatique, l'hyperprolactinémie, les symptômes extrapyramidaux, prévoir un correcteur toujours (Biperidine 2mg/jour ou artane 5mg/jour)

Informations à fournir aux patients et aux familles:

1. Expliquer au patient et à la famille que les phénomènes sont le résultat de la maladie mentale et que le traitement approprié existe.
2. Donner une explication détaillée sur la maladie et son traitement.
3. Maintenir le traitement psychopharmacologique pendant six mois à un an sera nécessaire pour les patients atteints par de psychose non causée par une condition

médicale identifiable. Ceci doit être renforcé par la famille, car il y a de fortes chances de rechute après les symptômes aigus commencent à montrer une amélioration causée par la médication.

4. Soutenir le patient et la famille pour surmonter les difficultés liées à la maladie et son traitement.
5. Informer la famille que le patient doit être surveillé, surtout au cours des 2-3 premières semaines de traitement.
6. Planifier le suivi et le soutien à long terme.

Points clés:

- Il est fondamental d'évaluer en permanence les victimes de violences sur une présence de troubles mentaux graves.
- des problèmes de santé mentale sévère et à moyen et à long terme peuvent avoir de conséquences graves et négatives sur la vie des victimes de violence.
- Les maladies mentales graves peuvent être mortelles, en particulier en raison du risque d'automutilation et d'agression envers les autres.
- Le traitement des troubles mentaux se compose de counseling en santé mentale et les médicaments psychotropes pour les cas graves.
- Le traitement est efficace pour les troubles mentaux causés par des événements violents.

5.3. LA MEDIATION FAMILIALE

5.3.1. Définitions

La médiation est un processus volontaire par lequel les parties en conflit, avec l'aide du médiateur, identifient les voies pour développer les options, considérer les alternatives et arriver à un arrangement qui touche leurs besoins.

Elle est aussi un moyen qui pousse les parties en conflits à prendre des décisions et à trouver eux même une solution à leur problème avec l'aide du médiateur.

C'est vraiment une approche non directive

5.3.2. Objectifs

Ce processus vise à :

- Rétablir l'harmonie familiale ou communautaire et les relations brisées à la suite de l'incident subis par les parties ;
- Assurer une sécurité morale aux deux parties dans leur famille tout comme dans leur communauté ;
- Panser les blessures psychologiques des deux parties en conflit ;
- Offrir un appui psychosocial dans la prise en charge de ce deux parties ;
- Prévenir des cas de rejet et ou des violences ;
- Ouvrir des voies nouvelles pour la vie familiale ou communautaire par un appui conseil;
- Favoriser l'intégration des parties dans leur milieu familial et social ;
- Accroître les compétences professionnelles de médiateurs et mobilisateurs sociaux sur la résolution des conflits.

5.3.3. Qualités du médiateur

- Neutralité et Indépendance

Il doit donc être exempt de toutes influences pouvant nuire à la bonne réalisation de son ministère.

- Confidentialité

Il est tenu au secret professionnel. La confidentialité garantit la confiance et l'autorité du médiateur, alors que la non confidentialité dénote d'une bassesse d'esprit qui diminue la personnalité du médiateur.

- Impartialité et objectivité

Il ne prend pas partie dans l'exercice de son ministère.

- Endurance et persévérance

La solution ne vient toujours pas à l'heure souhaitée ni au jour voulu. De fois les personnes en conflit cherchent à se rassurer sur la compétence du médiateur, de son degré de confidentialité et même de ses qualités tant morale que spirituelles. Donc il ne faut pas croire que la solution du conflit est immédiate, il faut être patient et endurant.

- Hautes qualités morales (honnêteté, justice, crédibilité, sincérité...)

Le médiateur s'attirera le crédit par sa personnalité morale reconnue ou attestée. L'autorité médiatrice doit s'arracher auprès de ses interlocuteurs.

- Courage

C'est le premier acte de l'éthique du médiateur. Il doit résister à la tendance de faire à la volée son travail. Le travail qui est demandé exige une détermination à pouvoir aider les personnes en conflit à trouver la solution à leur problème.

- Prudence

Une action de médiation mal menée dans un foyer peut faire déboucher sur un divorce ou à l'inconduite de l'une des parties. Il doit savoir prévoir le mieux possible ce que peut engendrer une action, les conséquences qui peuvent subvenir à la suite d'une action de médiation.

- Tolérance

Il a le devoir de tolérer les réactions des parties. Il doit accepter le droit à la différence des parties en conflit et les aider à trouver la solution à leur problème.

Réactions des personnes en conflit

Nombreuses sont les réactions que manifestent les personnes en conflit :

- Éviter les conflits
- Dominer, forcer ou obliger le partenaire le plus faible à reconnaître l'autorité du plus fort ;
- Trouver un compromis ;
- S'accommoder, céder et se sacrifier ;
- Collaborer avec l'autre.

5.3.4. Rôles du médiateur

Avec toutes les qualités ci- haut énumérées, un bon médiateur s'efforcera et fera de son mieux pour :

1. Permettre aux deux parties de s'écouter, de s'exprimer dans un climat moins hostile ou dans un environnement favorable dénué d'hostilité
2. Relever les points d'accord et de désaccord pour amener les deux parties à une même compréhension du problème
3. Rechercher le sens du conflit et ses enjeux
4. Proposer des idées nouvelles qui peuvent venir d'abord des parties en conflit et aussi du médiateur
5. Accompagnateur des parties en conflits dans la résolution du problème
6. Fournir des informations nécessaires du conflit
7. Transformer le « combat » en un exercice constructif de la recherche de solution.

Intervention

Pour être efficace, il est recommandé que le médiateur ait une compréhension claire des différents éléments qui entrent en conflit, et qu'il analyse d'une façon profonde le problème, c'est-à-dire bien le disséquer, décomposer pour une meilleure piste de solution.

Les éléments à analyser :

Les personnes

Il faut tenir compte de deux aspects :

- Identifier les groupes ou les personnes en conflits, c'est- dire les protagonistes. Ex : le mari, la femme, les enfants, oncle, tante, beaux père ou belle-mère.
- Identifier la perception que les deux parties ont du problème.

Le problème lui-même

L'analyse du problème consiste à :

- Décrire le fond du problème c'est-à-dire ne pas se fier que sur le récit de la victime, mais chercher plutôt les intérêts, les besoins, la valeur que celle-ci veut défendre parce qu'il est soit à l'aise soit marginalisé. Ex: savoir par exemple que c'est un problème d'honneur, de la personnalité et d'intérêt.
- Connaitre la dynamique du conflit, voir qu'est ce qui a déclenchée ce conflit, la genèse, l'évolution et la situation présente, voir aussi ce qui a déjà été fait (le résultat): médiateur, participant, les antécédents, origines du problème, évolution et résultat).

- Évaluer l'état de la communication, voir si les personnes se parlent, se regardent dans les yeux, se communiquent, n'ont pas des mythes
- Connaître les voies des résolutions du problème (faire une bonne analyse des voies de solution des problèmes).
- De cela, il faut chercher à connaître :
 - Les personnes qui peuvent résoudre le conflit
 - Dégager les points d'accords
 - Dégager les objectifs communs.

5.3.5. Attitudes négatives d'un médiateur (incompétent)

- Il pense jouer le rôle d'arbitre, du juge c'est-à-dire qui doit décider de qui a raison et qui a tort ou quelle est la meilleure solution.
- Il n'est pas reconnu et encore moins sa capacité ou il est méconnu par une des parties en conflit.
- Il fait du différend son problème
- Il a tendance à utiliser les verbes et les expressions tels que :
 - Avertir, menacer, effrayer
 - Conseiller (par ex : la meilleure solution serait d'oublier ce qui s'est passé)
 - Moraliser, sermonner (par ex : vous devriez faire le premier pas pour demander pardon).

5.3.6. Déroulement d'une séance de médiation

Une séance de médiation doit se dérouler dans les meilleures conditions physiques, matérielles et psychologiques.

Structure de la séance

Ici, il faut fixer un cadre et des règles à suivre :

- Créer un climat de sécurité pour chacun ;
- Fixer les règles de base, entre autre sur la prise de parole, le repos, le temps.
- Préciser le rôle du médiateur ;
- Déterminer le déroulement de la séance par :
 - Chaque partie s'exprime librement pendant X minutes et l'autre l'écoute sans lui coupé la parole.
 - Cerner bien les faits
 - Recherche d'une solution d'ensemble, acceptable par le deux parties.

Prérogatives exigées de la part du médiateur

a. L'écoute

Elle peut être passive : (silence pour encourager quelqu'un à continuer de parler ; signal de réception : hochement de la tête)

Elle peut être aussi active : par la clarification, l'investigation et la reformulation.

b. Éviter les paroles qui accusent l'une de parties en conflit

c. Encourager les messages personnalisés, avec le pronom « je » au centre. Ceci pour se reconnaître responsable des actes posés et éviter les accusations

Déroulement proprement dit

a. Récit du problème

Les parties vont parler à tour de rôle. Le médiateur doit bien surveiller ce que l'une des parties exprime soit compris par l'autre partie. Il doit :

- s'assurer que la personne qui a parlé a eu l'impression d'être écouté par l'autre partie,
- s'assurer que les protagonistes se sont bien compris,
- encourager le dialogue et la coopération entre les parties en mettant en avant l'intérêt à long terme.

b. Phase de mise au point

Le médiateur identifie l'essentiel des enjeux ou les problèmes clés (en termes de valeurs, besoin et intérêt.....) à travers la reformulation, pour arriver à la compréhension commune du problème. Toujours valider, vérifier le problème. Faire de reformulation de la pensée, des sentiments. Encourager le dialogue c'est-à-dire A parle et B écoute attentivement et vice versa.

c. Éléments importants dans la recherche des solutions

- Amener les protagonistes à reconnaître qu'il y a conflit ;
- Vérifier si les protagonistes sont en mesure de gérer par eux-mêmes le conflit ;
- Nommer les conflits ;
- Faire reformuler les objectifs du groupe ou des protagonistes qui sont en conflit ;
- Redéfinir les nouveaux objectifs si nécessaires ;
- Se rappeler qu'un problème n'est jamais résolu définitivement au premier coup.

d. Accord ou Contrat

- On définit qui fait quoi, quand et comment en vue de maintenir des meilleures relations ultérieures
- On essaie de façon réaliste de voir les relations des protagonistes évoluer.

- En cas d'accord sur les aspects importants, le médiateur pourra reprendre contact de deux parties plus tard pour s'assurer que l'accord est bien respecté. Un bon médiateur doit accepter l'éventualité d'un échec car il n'est pas évident que toute la médiation doit nécessairement réussir.
- Qui fait quoi, quand et comment?
- Attribution des différents rôles pour la cérémonie de dissolution.

e. Suivi

Le médiateur va chercher à connaître si ce qui a été arrêté est appliqué par les participants. Le suivi est fonction de l'engagement de consentement de deux parties. Comment la résolution a-t-elle été respectée et appliquée? Une nouvelle rencontre entre les parties est conseillée, même séparément pour consolider le processus de la médiation.

f. Résultat de la médiation

La préoccupation dans la médiation reste de savoir comment parvenir à la réunification des foyers brisés, des familles éclatées par cette forme de violence; comment empêcher qu'une partie domine sur l'autre; comment rétablir l'harmonie pour la sécurité de tous. Le cachet d'une médiation réussie est marqué par la réconciliation et cette dernière, à son tour, est exprimée par la transformation de la souffrance en amour, en générosité et en don de soi. On passe de la haine à l'amour, de la violence à la paix, de la peur à la confiance et il est surtout sanctionné par le pardon mutuel.

Dans tous le cas où l'on parle de la médiation, il faut savoir que c'est un processus. Il faut de la part du médiateur un esprit de sacrifice, de dévouement et de bonne volonté pour que chacun des protagonistes retrouve la paix intérieure.

6. IMPACT DE LA PRISE EN CHARGE DES VICTIMES DE VIOLENCE SEXUELLE SUR LA SANTÉ MENTALE DES ASSISTANTS PSYCHOSOCIAUX²³

La gestion du stress généré par la relation d'aide sur les intervenants : le relais communautaire, l'assistant psychosocial, l'infirmier neuropsychiatre, le psychologue clinicien, le médecin ainsi que le psychiatre, requiert une attention particulière.

La fatigue de compassion

C'est un type de stress secondaire dont souffrent les conseillers fréquemment exposés aux phénomènes post traumatiques.

Qui sont les professionnels de la santé mentale susceptibles d'en souffrir ?

Les intervenants particulièrement exposés à la fatigue de la compassion sont ceux qui travaillent de façon continue avec des victimes de traumatisme psychique ou qui suivent des cas de traumatisme psychique très complexes. Les intervenants qui ont une grande

²³**Formation MDM pour les conseillers psychosociaux**

capacité d'empathie, qui ressentent les effets des autres, sont plus vulnérables au traumatisme de stress secondaire.

Les signes et réactions indiquant une fatigue de compassion

Les professionnels de la santé mentale atteints d'une fatigue de compassion peuvent présenter des réactions fortes similaires à celles de la victime :

- La détresse psychologique, la culpabilité, la peur, la rage, l'anxiété ;
- La fatigue physique et psychique, des cauchemars reliés aux témoignages des victimes, des flash-back incontrôlés ;
- La perte de sécurité de base, angoisse de vivre un événement similaire à ceux évoqués par les victimes ;
- La vigilance exagérée à l'égard de situations potentiellement dangereuses,
- Un sentiment de vulnérabilité, de manque de confiance en soi ;
- Un sentiment d'impuissance, d'incompétence,
- Une méfiance face au monde extérieur, un retrait social ;
- Des relations personnelles perturbées, le réveil de problèmes personnels,
- La somatisation : la migraine, la difficulté de dormir, des palpitations, des nausées,
- Une augmentation de la consommation de l'alcool, de drogue et de médicaments,
- Une diminution de la capacité de travail : l'absentéisme, les retards, l'annulation de rendez-vous
- Un sentiment de surcharge de travail,
- Une attitude inadaptée dans le contact avec des victimes de violence.

La différence entre la fatigue de la compassion et l'épuisement professionnel

L'épuisement professionnel relève davantage d'une difficulté organisationnelle : le professionnel de la santé mentale se sent par exemple peu apprécié, peu favorisé dans son travail, surchargé au niveau de ses fonctions d'employé, éprouve des difficultés relationnelles avec ses pairs ou ses supérieurs, des difficultés à gérer sagement son emploi du temps.

En revanche, la fatigue de la compassion se nourrit du contenu fortement émotif auquel le professionnel fait face. Les réactions qu'il développe ressemblent donc à celles dont souffre la victime. Le professionnel développe plusieurs des symptômes qui perturbent la vie de la personne souffrant de stress post traumatique en absorbant la détresse de l'autre.

Un certain nombre de réactions se retrouvent tant dans l'épuisement professionnel que dans la fatigue de la compassion : fatigue physique, difficultés de sommeil, irritabilité, absentéisme au travail, perte de motivation et d'intérêt.

Les problèmes des personnes qui assistent les autres

Un intervenant peut être emporté par des problèmes en provenance des victimes. En voici quelques uns :

- être en contact avec des victimes qui lui exposent les mêmes problèmes. C'est de la monotonie. Alors, il peut être désintéressé, découragé
- peut éprouver des sentiments tels qu'il pense qu'il ne travaille pas convenablement et développe un sentiment de découragement.
- Les problèmes avec leurs superviseurs.
- Les problèmes personnels ou familiaux non résolus peuvent empêcher le conseiller psychosocial à assister une victime ayant des problèmes similaires à ses problèmes.
- L'intervenant peut être dépassé (dominé) par l'idée de démissionner.
- L'intervenant peut avoir l'idée de démissionner quand il se sent toujours emporté par les problèmes (des victimes ou d'autres partenaires).

La prévention de la fatigue de la compassion : le traumatisme secondaire

Il est nécessaire de mettre en place des mécanismes permettant de mieux gérer, de limiter et d'évacuer le stress généré par la relation d'aide.

a. Les stratégies personnelles

- S'entourer des gens aimables, qui permettent de se changer les idées,
- User de sa créativité et de ses ressources individuelles,
- Avoir un bon rythme de vie : une nourriture saine, un sommeil de qualité et en quantité en accord avec ses besoins,
- Enrichir sa vie spirituelle ou intérieure,
- Éviter les journaux à sensation, les films violents,
- Se laisser nourrir par des expériences positives, le rire ou l'humour ;
- Faire la place à des moments de détente : la musique, la relaxation, aux promenades dans la nature, aux voyages, à la créativité, au repos,
- Commencer une démarche thérapeutique si nécessaire, c'est-à-dire une prise en charge psychosociale individuelle du personnel soignant.

b. Les stratégies professionnelles

- Reconnaissance de ses limites personnelles et professionnelles et des moyens d'action disponibles. Le personnel soignant ne peut pas supporter à lui seul la détresse de la victime.
- Formation et recyclage des intervenants sur la prise en charge des personnes victimes de violences. Jeux de rôles et mises en situation des moments difficiles du conseiller lors de ces formations afin qu'il soit possible de partager le vécu lié à l'intervention post traumatique.
- Transfert des cas vers des collègues ou vers des structures spécialisées.
- Organiser des supervisions individuelles ou d'équipe.
- Suivi, supervision et prise en charge des conseillers.
- Travail en équipe, information et formation des autres membres de l'équipe, partage des expériences avec ses collègues, débriefing émotionnel. Mise en place d'un cadre d'échange professionnel et organisation de réunions.
- Limiter le nombre de nouveaux dossiers en même temps.
- Éviter le traitement de traumatismes sévères dans les sentiments de surcharge ou de plus grande vulnérabilité (épreuves de vie).
- Éviter l'isolement.

Comment assiste-t-on les intervenants ?

Exemple : Un conseiller psychosocial a quelquefois besoin d'une assistance régulière d'un autre conseiller psychosocial (d'un superviseur- psychologue spécialisé) en qui il a confiance, de sorte que les problèmes soient résolus à temps.

Il faut un counseling régulier quand il y a ou pas de problèmes. Normalement, un intervenant devrait être à la hauteur des problèmes pour accomplir son rôle. Toutefois n'oublions pas qu'il reste humain.

En cas d'urgence, il peut expliquer à la victime ou une autre personne qui cherche de l'aide ce qui lui empêche de la recevoir quand celui-ci n'a pas de problème sévère ou bien par consensus, il peut le renvoyer chez un autre conseiller psychosocial qui est proche de lui. Enfin, quand un intervenant est dépassé par des situations- problèmes, il peut prendre un congé (un repos).

N.B : Un intervenant ne peut se surestimer ou se croire supérieur aux autres, le menant à penser qu'il ne pourrait pas être assisté par eux.

De plus il faut que l'intervenant reconnaisse ses limites, et qu'il pense à partager les cas reçus avec d'autres conseillers.

7. ASPECTS PRATIQUES

7.1. CONSTITUTION DU DOSSIER DE LA VICTIME

7.1.1. Démarche pour le recueil des informations générales

- Fiche de premier contact
- Nom, adresse, sexe, date de naissance (ou âge exprimé en années).
- Date et heure de l'examen, noms et fonctions des personnes (membre du personnel ou personne requise par la victime) présents pendant l'entretien et l'examen.
- Demander les plaintes (motif de la visite)
- Document de consentement
- Document de référencement
- Récit des faits :
 - Demander à la victime de décrire ce qui s'est passé. La laisser parler à son rythme. Ne pas l'interrompre pour demander des détails; attendre qu'elle ait terminé son récit pour lui demander d'éclaircir certains points.
 - Il convient d'expliquer à la victime qu'elle n'est pas obligée de raconter ce qui la met mal à l'aise. Il ne faut rien obtenir par coercition. Les victimes peuvent omettre ou éviter de décrire certains détails de l'agression qui sont particulièrement douloureux ou traumatisants Il convient d'expliquer à la victime et de la rassurer quant au caractère confidentiel de l'entretien.
 - Des questions doivent ainsi trouver des réponses dans la mesure du possible :
 - Laisser la victime expliquer comment elle s'est sentie, la laisser parler. Eviter de lui poser des questions. Utiliser l'écoute active

- Evaluer la possibilité d'une grossesse en se basant de ce que la victime est en train de raconter et comment cette grossesse affecterait la victime, sa famille.

7.1.2. Le rapport psychologique

Toute personne recevant des soins et un diagnostic psychologique a le droit de recevoir un rapport du prestataire.

L'assistance psychosociale/ psychologique fournie à une victime de viol comprend la rédaction d'un certificat médical. Ce certificat est une obligation légale dans la plupart des pays. Il incombe au prestataire de soins examinant la victime de s'assurer qu'un certificat est établi.

Le certificat psychologique est un document confidentiel que le prestataire de soins doit transmettre à la victime. Il constitue une preuve et est souvent la seule preuve matérielle disponible en dehors du récit de la victime.

Le prestataire de soins doit en garder une copie sous clé avec le dossier de la victime afin de pouvoir attester de l'authenticité du document fourni par la victime devant un tribunal si nécessaire. La victime est la seule personne en droit de décider de l'utilisation de ce document.

8. GRILLES DE COMPETENCES PROFESSIONNELLES

8.1. NIVEAU COMMUNAUTAIRE

Niveau considéré :	Communautaire
Dénominations du personnel :	Relais Communautaires
Lieu de travail :	Accessible, Non stigmatisant, ayant reçu l'autorisation de l'autorité sanitaire si activité dans un Centre de Sante.
Genre/Sexe :	Homme ou Femme
Langues parlées :	L'acteur devra parler au moins une des langues locales et/ou une des langues officielles du pays.
Formations initiales (contenu, nombre d'heures, etc.) :	10h (Définition des Violences Sexuelles en RDC, Contexte local, Rôle des relais communautaire, circuit de prise en charge locale, urgence de la PEP médicale)
Fréquence de la Formation continue /Supervision/Suivi	Annuelle
Statut (bénévole, volontaire, salarié, fonctionnaire, etc.)	Bénévole
Nombre d'acteurs/population (1/1000, 1/10.000, etc.)	N/A
Qualité Professionnelle requises :	Empathie, Absence de jugement.
Niveau d'éducation requis :	Aucun.
Références vers quelles structures :	Connaissance des structures médicales les plus proches, des associations /organisation/barreaux prenant en charge

	légalement les VVS, références vers un acteur de niveau 2 pour la Prise en charge psycho sociale
--	--

8.2. NIVEAU PRIMAIRE

Niveau considéré :	Primaire
Dénominations du personnel :	-Agents Psychosociaux (agents travaillant actuellement sans formation universitaire) -Assistants Psychosociaux (formation de graduat : 3 année de psychologie clinique)
Lieu de travail :	Centre de Santé, une salle dans l'hôpital (avec autorisation du médecin chef), association locales (type maison d'écoute), lieu discret dans les communautés : absence de panneaux/logos, accueil non discriminé aux victimes de violence mais à l'ensemble de la communauté.
Genre/Sexe :	Hommes et femmes
Langues parlées :	L'acteur devra parler au moins une des langues locales, une des langues officielles du pays et français.
Formations initiales (contenu, nombre d'heures, etc.) : Cette catégorie s'adresse uniquement aux formations de l'agent psychosocial étant donné que le curriculum de l'assistant psychosocial devra être réalisé par le PNSM et intégré au Curriculum National.	Contenu : 1. Présentation des Violences Sexuelles, les causes et les conséquences physiques, psychologiques, sociales économiques. (3h) 2. Définition et concept de la santé mentale et du psycho traumatisme lié aux VS ; évènement traumatisant (comment identifier les signes cliniques, etc.)/mécanismes de résilience. 3. Techniques de prise en charge individuelle: cadre thérapeutique, écoute active, accompagnement, analyse du récit, études de cas, exercices de stabilisation, élaboration d'un plan d'action et de suivi). 4. Techniques d'animation des groupes de paroles 5. Le rôle/fonction et attitude du conseiller face à la victime, la famille, la communauté 6. Technique des médiations familiales et communautaires 7. Présentation de la PEC globale médicale, juridique socio-économique 8. Système de références (comment remplir des fiches de référencement contre référencement), les dossiers de suivi des victimes, outils d'harmonisation de collectes de données, statistiques Module heures : 8 modules de 3h
Fréquence de la Formation continue	Une supervision formative par un

/Supervision/Suivi	psychologue par an. Une formation de 8h par an (recyclage ou nouveau thème)
Statut (bénévole, volontaire, salarié, fonctionnaire, etc.)	Ces conseillers sont souvent de petites structures qui ont peu de moyens ce qui sous entend qu'ils sont bénévoles et volontaires Ils deviendront fonctionnaires lorsque le statut d'assistant psychosocial sera créé.
Nombre d'acteurs/population (1/1000, 1/10.000, etc.)	Le PNSM nous fournira les normes de couverture des assistants sociaux. Logiquement, il faudrait au moins un acteur de 2 nd niveau par Aire de Santé.
Qualité Professionnelle requises :	Empathie, capacité d'écoute, tolérance à la frustration, habilité à médier les conflits et les tensions, volonté d'apprendre les langues locales.
Niveau d'étude requis :	Savoir lire et écrire, parler au moins une langue nationale et le français/anglais
Références vers quelles structures :	Les acteurs de 2 nd niveau peuvent référer les cas vers les structures médicales (CS, Hôpital si la personne n'a pas encore été PEC). Le corps médical peut également lui référer des patients. Référencement aussi vers/par les acteurs de l'aide légale et les acteurs de la réinsertion sociale et scolaire.

8.3. NIVEAU SECONDAIRE

Niveau considéré	Secondaire
Dénominations du personnel :	<p>Pour Hôpitaux universitaires et psychiatriques</p> <ul style="list-style-type: none"> - Spécialiste formateur (professeurs, psychologues clinicien, psychiatres, et neuropsychiatres) - Chefs de travaux et assistants : <ul style="list-style-type: none"> o Assistants : BAC+5 futurs doctorants. Assistent prof universitaire dans le cadre de TP. 1^{er} accueil du patient encadré par un encadreur. En charge de la référence o Chef de travaux : se prépare à être docteur. Supervisé par un professeur. - Travailleurs spécialisés : logopèdes, sociologues médicaux, anthropologues, linguistes <p>Pour HGR :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Médecin généraliste et si disponible

	psychologue clinicien voire neuropsychiatre
Lieu de travail :	- HGR - Centre Spécialisé - Clinique Universitaires
Genre / Sexe :	- Hommes et femmes
Langues parlées :	- Parler au moins la langue officielle de la province et le français.
Formations initiales continue, nombre d'heures, etc.	<p>Pour Hôpital Universitaire et psychiatrique :</p> <ul style="list-style-type: none"> ●Cursus universitaire spécialisé de 5 à 10 ans. 1- assistants et travailleurs spécialisés: 5 ans 2- chefs de travaux : 7 ans (après avoir réussi l'examen de 2 ans comme assistant) 3-spécialiste formateur : détenteurs d'un doctorat. <p>Dans le cadre de VS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Introduction aux VS - autres types de PEC pour les VS (médical, psychosocial, réintégration, référence légale) - spécificité de la PEC d'un patient victime de VS (homme, femme, enfant) - systèmes de débriefing - modules de formation spécifique : <ul style="list-style-type: none"> 1. Situation (contextes favorisants et silencieux) 2. Adultes/enfants/hommes/femmes 3. Thèmes <ul style="list-style-type: none"> 1-anamnèse et type de traitements faits au préalable en cas de référence (Niveau2) 2-diagnostique 3-traitement 4-réintégration familiale et sociale 5-suivi 6-soutien dans le contexte juridique (Niveau2) 7-état des lieux de la recherche actuelle et quelles sont les pistes pour de prochaines recherches. (grilles d'évaluation des niveaux inférieurs.) 8-types de thérapies : <ul style="list-style-type: none"> - De groupes d'entraide/support - Individuelle <p>Pour HGR :</p> <p>Diplôme de médecin et/ou maîtrise en psy clinique</p> <p>Si neuropsychiatre diplôme d'état en neuropsychiatrie</p> <p>15h de formations.</p> <p>1. Présentation des Violences Sexuelles, les causes et les conséquences physiques,</p>

	<p>psychologiques, sociales économiques. (3h)</p> <p>2. Définition et concept de la santé mentale et du psycho traumatisme lié aux VS ; évènement traumatisant (comment identifier les signes cliniques, etc.)/mécanismes de résilience.</p> <p>3. Techniques de prise en charge individuelle: cadre thérapeutique, écoute active, accompagnement, analyse du récit, études de cas, exercices de stabilisation, élaboration d'un plan d'action et de suivi).Le médecin doit savoir les services qui sont proposés et les faire suivre mais ce n'est pas à lui de les assurer.</p> <p>4. Techniques d'animation de groupes de paroles. Pour 3-6 savoir ce qui existe mais déléguer sur une personne plus compétente pour ce fait. Il s'assure que les étapes ont été suivies.</p> <p>5. Le rôle/fonction et attitude du conseiller face à la victime, la famille, la communauté</p> <p>6. Technique des médiations familiales et communautaires</p> <p>7. Présentation de la PEC globale médicale, juridique socio-économique et psychologiques</p> <p>8. Système de références (comment remplir des fiches de référencement contre référencement), les dossiers de suivi des victimes, outils d'harmonisation de collectes de données, statistiques</p> <ul style="list-style-type: none"> - Module heures : 8 modules de 3h - Entretien. Ecoute et observation.3 modules de formation inclus. 6 mois de formation
<p>Fréquence de la formation continue /Supervision/Suivi :</p>	<p>Pour hôpital universitaire et psychiatrique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Permanente en SM - Conférences – ateliers – Séminaires - Abonnement à des revues scientifiques en SM - Equipe des formateurs, évaluateurs et des superviseurs <p>Pour HGR :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une supervision formative par un psychologue clinicien tous les 2 ans et par province. 11 provinces. - 1 formation par an sous forme de séminaire/atelier de 5 jours
<p>Nombre d'acteurs par habitant ou aire de santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 1/100.000 habitants
<p>Qualité professionnelle requise</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Grande capacité d'écoute - Empathie - Actuellement 3 ans d'expérience en SM

	par la suite 5 ans - Minimum 5 ans d'expérience en SM - Capacité de tolérance aux frustrations - Grande capacité d'écoute - Empathie - Longue expérience en SM
Niveau d'éducation	Supérieur et Universitaire Maitrise, doctorant, docteur
Références	- Soins médicaux spécialisés - Soins psychologiques spécialisés - Vers les systèmes judiciaires - Vers la réinsertion socio-économique

9. PAQUET MINIMUM PAR NIVEAU DE STRUCTURE

Niveau considéré	Primaire (relais communautaires)
Services	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibiliser la communauté des responsabilités à titre individuel ou groupal - Accueillir - 1^{ère} écoute : identification du problème - Orientation - Référence
Protection de données	<p>S'ils savent écrire: système pour garder de l'information. Par ex seulement le nombre des personnes attendues désagrégé. Si cahier : service rendu, date, genre, Que noter et comment</p>
Niveau considéré	Secondaire (agents psychosociaux)
Services	<ul style="list-style-type: none"> - Accueil du/de la survivant(e) - 1^{ère} Ecoute active - Orientation/référence aux structures de santé - Contre-référence - Ecoute active - Animation de groupes/groupes de parole - Médiations familiales - Médiations communautaires - Information sur le circuit de soutien - Thérapies sociales alternatives : activités sociales :

autres services	<ul style="list-style-type: none"> ○ APS ○ OCB (organisations communautaires de base) ○ BCC bienvenu aux changements commentaires.
	<p>Donner des informations claires sur les options. PEC médical est la priorité. Confidentialité dans la gestion des données sensibles</p>
Niveau	Tertiaire (psychologues cliniciens, psychiatres)
	<p>Dans le cas où il y a un psychologue ou neuropsychiatre.</p> <p>PEC psychologique Accueil Etude de l'anamnèse plus approfondie Diagnostic Applications de thérapies Individuelles Comportementales/cognitive De groupes De familles</p> <p>Référencement Contre-référencement Prise de données et confidentialité du traitement Suivi</p> <p>Dans le cas où il n'y a qu'un médecin généraliste :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formation dans l'accueil du/de la survivant(e) - 1^{ère} Ecoute active - Orientation/référence aux structures de santé mentales spécialisées <p>Recherche consentante : consentement éclairé et libre</p>

10. LE SYSTEME D'INFORMATION SUR LES VIOLENCES SEXUELLES

Le Ministère du Genre avec le soutien de l'UNFPA a établi des fiches de saisies de données qui sont remplies par les ONG et remises à l'UNFPA pour saisi et analyse. Ces fiches sont confidentielles et chaque fiche est encodée permettant et garantissant la confidentialité.

VOLET PSYCHOSOCIAL

N° |I|C|-|0|_|_|-|_|_|_|_|_|_|-|_|_|_|_|_|_|-|_|_|_|_|_|_|

1. CONSENTEMENT ECRIT

Accepte-tu l'entretien avec l'agent de la structure (nom de la structure)

Signature ou empreinte de la survivante de violences sexuelles

Noms, Prénom & Signature du témoin :

**2. INFORMATIONS GENERALES
LE/LA PATIENT(E)**

Adresse	Provenance:	Zone de santé:
Sexe:	Age:	Lieu et date de naissance:
Etat civil:	Niveau d'études:	Occupation actuelle:
Date de l'entretien:		
Nom des accompagnants si mineur:		

PROFIL DU/DES PRESUME(S) AUTEUR(S)

Nombre d'agresseurs:	Personne en arme/uniforme	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Civil	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Inconnu	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Age(s) de(s) auteur(s):						
Sexe de(s) auteur(s):						
Descriptions physiques:						
Relations avec la victime:	Membre de la famille	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Connaissance	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
	Voisin	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Autre		

EVALUATION DU RISQUE

La victime a peur de retourner chez elle	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
La victime dit être menacée de mort	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

L'AGRESSION

Date de l'agression:	Heure de l'agression:	Quantième incident de violence sexuelle vécu par la victime?
----------------------	-----------------------	--

Description de l'agression par la victime (témoin ou accompagnant):

Circonstances? (déplacement de population, chemin de l'école, dans les champs, à la source d'eau...)?

Type de violence (harcèlement, viol, tentative de viol, violence domestique, mutilation...)

Pillages ?

Notion de contrainte (menace avec arme blanche ou à feu, physique, drogues, alcool)?

Autres victimes présentes, nombre des témoins ?

Nom de la structure	Contact	Adresse physique	Zone de santé de:
---------------------	---------	------------------	-------------------

3. INFORMATION

La victime a-t-elle informé...	Son conjoint(e) <input type="checkbox"/>	Membres de sa famille <input type="checkbox"/>	Autre personne dans la communauté <input type="checkbox"/>
Si non, pourquoi?			

4. Quelles sont les REACTIONS DE L'ENTOURAGE observées vis-à-vis du survivant après la violence sexuelle (possibilité de cocher plus d'une case)

REACTIONS	DE LA PART DU CONJOINT(E)	DE LA PART DE LA FAMILLE	DE LA PART DE LA COMMUNAUTE
Rejet			
Acceptation			
Fausse acceptation			
Compassion			
Abandon			
Autres			

5. Quelles ont été les REACTIONS EMOTIONNELLES présentées par la victime après la violence sexuelle

Etat de choc, état de crise ou trauma, expliquer

6. De quelle TYPE D'ASSISTANCE la victime a-t-elle déjà bénéficié?

TYPE D'ASSISTANCE	DATES	INTERVENTIONS		OBSERVATIONS
		Type de structure	Sorte d'intervention	
Économique/ financier				
Médico-sanitaire				
Juridique et judiciaire				
Autres, à préciser				

7. Y a-t-il eu des victimes indirectes après l'incident ? oui non

Lien de parenté avec la SVS	Âge	Réactions émotionnelles	Recommandations

8. CONTRAT THERAPEUTIQUE LIE AU POINT 5

TYPE D'INTERVENTION	DUREE	INTERVENANT

RECOMMANDATIONS

MEDIATION

REINSERTION SOCIO ECONOMIQUE

AUTRE (préciser)

Type de référence:

Volet/structure de référence:

Date de référence:

Commentaires:

Suivi recommandé (rendez-vous):

STATISTIQUES PSYCHOSOCIAL

Province :
 Nom de la structure :
 Nombre des survivants reçus :
 Mois de :

Zone de santé :
 Année :

RENSEIGNEMENTS	Cas Incidents		Nouveau Cas		Anciens Cas		Total
	F	M	F	M	F	M	
Nombre de survivants reçus							
Survivants âgés de 1 mois à 12 ans							
Survivants âgés de 12 ans à 18 ans							
Survivants âgés de 19 ans à 30 ans							
Survivants âgés de 31 ans à 49 ans							
Survivants âgés de 50 ans ou plus							
Type d'incidents signalés							
Viol							
Tentative de viol							
Enlèvement							
Esclavage sexuelle							
Harcèlement							
Mutilation génitale							
Autres violences							
Références							
Nombre de survivants référés (transférés ailleurs)							
Nombre de cas référés au spécialiste							
Structure médico-sanitaire							
Structure judiciaire							
Structure réinsertion							
Structure psychosociale							
Nombres de survivants contre référés (reçus d'ailleurs)							
Structure médico-sanitaire							
Structure judiciaire							
Structure de réinsertion							
Suivi							
Nombre de survivants ayant reçues la PEC psychologique							
Nombre de survivants ayant refusés l'assistance							
Nombre de survivants ayant abandonné la PEC							
Nombre de survivants qui estiment avoir retrouvé la confiance en soi							
Nombre de survivants ayant retrouvé la confiance en soi, selon le prestataire							
Nombre de survivants dont le cas est resté stationnaire, selon le prestataire							
Nombre de survivants dont le cas est une amélioration partielle, selon le prestataire							
Nombre de survivants dont le cas s'est aggravé, selon le prestataire							
Victimes indirectes							
Nombre de victimes indirectes ayant reçues l'assistance psychosociale							
Nombre de victimes indirectes n'ayant pas reçues l'assistance							
Nombre d'enfants issus du viol							
Nombre de victimes indirectes ayant refusées l'assistance							
Nombre de victimes indirectes ayant abandonné la PEC							
Actions prises							
Nombre d'écoutes							
Nombre de médiations réussies							
Nombre de médiations en cours							
Nombre de médiations qui n'ont pas abouti							

Nom : Date : Lieu : Signature :