

République Démocratique du Congo

MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE



**PROTOCOLE NATIONAL DE PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE ET
SANTE MENTALE DES SURVIVANT(E)S DE VIOLENCES SEXUELLES**

Sous la coordination du



Avec l'appui financier de l'



Septembre 2012

TABLE DES MATIERES

I. Abréviations.....	4
II. Avant propos.....	5
III. Introduction.....	5
1. Contexte et définition.....	5
1.1. Contexte.....	8
1.1.1. Objectifs.....	8
i. Objectif général.....	9
ii. Objectifs spécifiques.....	9
1.1.2. Résultats attendus.....	9
1.2. Définition des concepts.....	9
1.2.1. Violences sexuelles.....	10
1.2.2. Violences basées sur le genre.....	10
1.2.3. Viol.....	10
1.2.4. Prise en charge psychosociale.....	10
1.2.5. Santé mentale.....	10
1.2.6. Survivant des violences sexuelles.....	10
2. Conséquences psychosociales des violences sexuelles.....	11
2.1. Conséquences physiques.....	11
2.2. Conséquences psychologiques.....	11
2.3. Conséquences sociales.....	11
2.3.1. Du point de vue de l'individu.....	12
2.3.2. Du point de vue de la famille et de la communauté.....	12
3. Approche psychosociale et santé mentale:.....	12
3.1. Définition :.....	13
3.2. Avantages:.....	13
3.3. Intervenants.....	13
4. Démarche de prise en charge psychosociale et santé mentale.....	13
4.1. Utilisation du mhGAP.....	15
4.2. Règles et attitudes de l'intervenant.....	16
4.3. Circuit de prise en charge.....	17
4.4. Compétences et tâches des intervenants selon le niveau.....	18
5. Gestion des données sur la PEC PS/SM.....	20
5.1. Collecte des données.....	24
5.2. Circuit des données.....	19

I. ABREVIATIONS ET ACRONYMES

AS	: Aire de Santé
B5	: Bureau Provincial de développement des soins de santé primaires
BCZS	: Bureau Central de la Zone de Santé
CS	: Centre de Santé
CSR	: Centre de Santé de Référence
D5	: Direction de développement des soins de santé primaires
DPS	: Division Provinciale de la Santé
ESPT	: Etat de Stress Post Traumatique
HGPR	: Hôpital Général Provincial de Référence
HGR	: Hôpital Général de Référence
IASC	: Inter-Agency Standing Committee
IT	: Infirmier Titulaire
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PEC	: Prise en charge
PEC/PS	: Prise en charge psychosociale
PEC/SM	: Prise en charge en santé mentale
PNSM	: Programme National de Santé Mentale
PPS	: Problème Psychosocial
PS	: Psychosocial
PSM	: Problème de Santé Mentale
RC	: Relais Communautaire
SM	: Santé Mentale
SSP	: Soins de santé primaires
SVS	: Survivant(e) des Violences Sexuelles
VBG	: Violence Basée sur le Genre
VS	: Violences Sexuelles

II. 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 décriées 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 suite 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 Plateformes 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

III. 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, MdM, 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. CONTEXTE ET DEFINITION DES CONCEPTS

1.1. CONTEXTE

1.1.1. Objectif

i. Objectif général

Contribuer à la réduction des problèmes de santé mentale liés aux violences sexuelles et leurs conséquences psychosociales.

ii. Objectifs spécifiques

- Identifier les problèmes de santé mentale présentés par les SVS
- Reconnaître les conséquences psychosociales liées aux VS
- Assurer la prise en charge psychosociale et santé mentale des SVS selon le guide d'intervention mental Health GAP

1.1.2. RESULTATS ATTENDUS

- Les problèmes de santé mentale présentés par les SVS sont identifiés
- Les conséquences psychosociales liées aux VS sont reconnues
- La prise en charge psychosociale et santé mentale des SVS est assurée selon le guide d'intervention mental Health GAP

1.2. DEFINITIONS DES CONCEPTS

1.2.1. La violence sexuelle :

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'Inter-Agency 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 ». Cette définition s'applique notamment au mariage précoce des filles, les mariages imposés, l'inceste, le lévirat et sororat, le rapt marital, la prostitution forcée, les violences sexuelles contre les travailleurs du sexe, les abus en milieux scolaires, etc.

1.2.2. 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 ».

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

- Les violences sexuelles ;
- Les autres violences basée 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).

1.2.3. Le viol :

Le viol est une forme de violence sexuelle. Il 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 ».

Le viol est ainsi réalisé matériellement par :

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

NB : Le viol ne doit pas être interprété littéralement. Par exemple, l'introduction d'un crayon dans l'oreille ne saurait constituer un viol.

1.2.4. La prise en charge psychosociale

C'est un ensemble de mesures qui visent à prévenir, traiter une personne confrontée à une expérience traumatique dans les différents aspects du fonctionnement individuel (cognitif, affectif, comportemental et somatique) et dans ses relations modifiées avec la famille, la communauté et dans son statut économique.

1.2.5. La santé mentale

C'est l'état de bien-être affectif, cognitif et comportemental. Elle comprend les aptitudes à être en bonne relation avec soi-même, les autres et son environnement, mais aussi à participer de manière constructive au développement de la société.

1.2.6. Le (la) survivant(e) de violences sexuelles

C'est toute personne sans distinction d'âge, de sexe, de race, de conditions physiques, ni de religion qui peut survivre à une agression sexuelle.

Le terme « survivant » est de plus en plus utilisé afin d'éviter la culpabilisation, la perte de contrôle sur sa propre vie qu'implique le terme « victime ». En revanche, le survivant regagne son autonomie et reprend sa vie en main.

- **Problèmes de santé mentale (PSM)**

L'OMS, dans le but de combler les lacunes en santé mentale pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées, a élaboré le mental Health GAP. Ce manuel constitue un ordigramme qui permet d'évaluer les troubles que peut présenter une personne avant de proposer la prise en charge.

Les différents problèmes rencontrés en santé mentale peuvent se présenter sous forme de :

- Dépression
- Psychose
- Manifestations d'allure épileptique
- Troubles du développement de l'enfant et de l'adolescent
- Troubles du comportement chez l'enfant et l'adolescent
- Démence
- Consommation des substances psychoactives et troubles liés à la consommation
- Conduites suicidaires
- Autres plaintes émotionnelles importantes ou médicalement inexplicables

2. CONSEQUENCES PSYCHOSOCIALES DES VIOLENCES SEXUELLES

Comptées parmi les traumatismes, les violences sexuelles ont des effets/conséquences sur toutes les dimensions de la santé de l'individu affecté selon le cas, à savoir :

2.1. CONSEQUENCES PHYSIQUES

Il s'agit des plaintes et manifestations sur le plan physique, mais qui ont une origine psychologique devant un vécu douloureux :

- Troubles du cycle menstruel
- Infertilité
- Avortement
- Signes et symptômes de grossesse en cas de grossesse nerveuse
- Troubles sexuels
- Troubles cardiovasculaires
- Gain/perte de poids
- Troubles digestifs
- Syndromes douleurs (dyspareunie)
- Autres troubles psychosomatiques

2.2. CONSEQUENCES PSYCHOLOGIQUES

Quelques conséquences psychologiques à manifestations visibles sont reprises ci-dessous :

- Cognitives : Souvenirs répétitifs, idées suicidaires, pensées négatives, baisse de performance intellectuelle, troubles de mémoire, ...
- Affectives : Phobie, hostilité, sentiment de culpabilité, de précarité et d'insécurité, perte de l'estime de soi, inquiétude, anxiété ...
- Comportementales : Trouble de sommeil, troubles de l'appétit, agressivité, apathie, hyperactivité, repli sur soi, mutisme, hypersexualité, conduite autopunitive, tentative de suicide ...

2.3. CONSEQUENCES SOCIALES

Ces conséquences sont évaluées en fonction du type de relation du/de la SVS par rapport à elle-même, à sa famille, à sa communauté tout entière et vice-versa à la base de son inadaptation.

2.3.1. Du point de vue du/ de la survivant(e)

- Modification des rapports sociaux
- Difficultés d'avoir des relations sexuelles
- Agressivité envers les autres
- Anxiété transmise aux proches
- Maltraitance de l'enfant issu du viol
- Négligence corporelle et relationnelle
- Difficultés/incapacités à assumer son rôle familial et ses responsabilités
- Abandon du travail, des études ou autres activités sociales ...
- Difficultés de trouver un(e) conjoint(e)
- Déménagement, changement de numéro de téléphone, changement d'école ...
- Difficultés à reprendre les activités de la vie quotidienne (travail, école, maison)
- Absence ou faible participation au développement de la famille, de la communauté
- Perte du pouvoir économique

2.3.2. Du point de vue des membres de la famille et de la communautaire

- Stigmatisation
- Exclusion ou abandon du/de la SVS
- Culpabilisation du/de /la SVS (par le/la conjoint(e) ou les parents)
- Maltraitance
- Négligence
- Réajustement des rôles et des responsabilités
- Méfiance
- Moquerie
- Perte du travail
- Sentiments collectifs de précarité et d'insécurité
- Dépenses liées aux coûts élevés des soins de santé

3. APPROCHE PSYCHOSOCIALE ET SANTE MENTALE

3.1. DEFINITION

Il s'agit d'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.

3.2. AVANTAGES

- S'intéresse aux besoins psychologiques des SVS ;
- Amène à une compréhension des comportements et des capacités des populations touchées ;
- Permet de développer un plan d'action adapté à la situation ;
- Amène les SVS à connaître et accéder aux mécanismes et aux actions d'aide ;
- Garantit une dimension holistique de soutien qui répond aux besoins physiques, psychologiques et sociaux de le/la SVS dans sa communauté ;
- Aide à prévenir les comportements inadaptés (abus de drogues, d'alcool...) et les maladies mentales.

3.3. INTERVENANTS

Elle engage une collaboration entre les acteurs de la santé, de la protection, du social et le/la SVS.

3.3.1. Relais communautaire

Le relais communautaire est élu par sa communauté. Il oriente les SVS vers une structure des soins pour la prise en charge psychosociale (PEC/PS) et santé mentale (PEC/SM).

Il joue un rôle d'identificateur, sensibilisateur et d'accompagnateur des SVS et des personnes affectées par les effets de la VS afin que des soins leur soient procurés à la base.

3.3.2. Psychologue clinicien

Il établit un diagnostic et un plan de traitement psychologique. Il travaille en collaboration avec le neuropsychiatre ou d'autres professionnels de santé en cas de traitement pharmacologique ambulatoire, d'hospitalisation et dans les cas nécessitant des diagnostics précis.

3.3.3. Neuropsychiatre

Il établit un diagnostic de l'état mental du/de la survivant(e) et détermine la conduite à tenir dans la prise en charge.

3.3.4. Anthropologue médical

Son rôle est de veiller à ce que la prise en charge des SVS soit réalisée en conformité avec les cultures (croyances et valeurs) des communautés concernées. Il accompagne le/la SVS dans l'exploration des pistes de solutions qui s'adaptent aux us et coutumes.

Médecin généraliste :

Il établit un diagnostic de l'état mental du/de la survivant(e) et détermine la conduite à tenir dans la prise en charge.

3.3.5. Infirmier neuropsychiatre

Il établit le diagnostic infirmier et administre les soins infirmiers. Il administre les soins conformément à la prescription du neuropsychiatre. Il assure certaines tâches dévolues au neuropsychiatre dans le cas où il n'y a pas disponibilité de celui-ci.

3.3.6. Infirmier des centres de santé

Il détecte le problème de santé mentale, administre les premiers soins de santé, s'occupe du suivi des mesures de prise en charge instaurées au profit du/de la SVS et réfère si nécessaire vers un spécialiste.

3.3.7. Assistants Social

Son travail consiste à venir en aide aux SVS afin de favoriser leur bien-être, leur insertion sociale et leur autonomie. Pour ce faire, il écoute, soutient, accompagne, conseille et oriente les survivant(e)s en fonction de leurs demandes et leurs besoins réels.

4. DEMARCHE DE PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE ET SANTE MENTALE

4.1. UTILISATION DU mhGAP

La prise en charge proprement dite sera faite en fonction du mhGAP qui contient les modules et des ordinogrammes. Pour la bonne interprétation de chaque module, il est subdivisé en trois parties essentielles menant à la prise de décision pour tout patient venu en consultation psychiatrique qui sont :

- La colonne de gauche réservée pour l'évaluation où le clinicien écoute attentivement les plaintes du patient ou de son accompagnant ;
- La colonne du milieu montre les différents scénarios auxquels le clinicien doit passer pour l'orientation de la prise de décision ;
- La colonne de droite explique les détails des interventions et sur chaque ligne est marqué l'abréviation et les chiffres qui indiquent la pathologie concernée et les interventions avancées pour sa prise en charge que ça soit du côté médical que du côté psychosocial.

4.2. REGLES ET ATTITUDES DE L'INTERVENANT

Il est fort important que l'intervenant ayant reçu une formation de base, avec ou sans expérience, se limite après formation et mise à niveau, à l'écoute active.

Dans le cas où le/la survivant/e requerrait d'autres types de soutien, référer vers un niveau supérieur.

Il est aussi important d'établir une ligne de supervision formative du personnel.

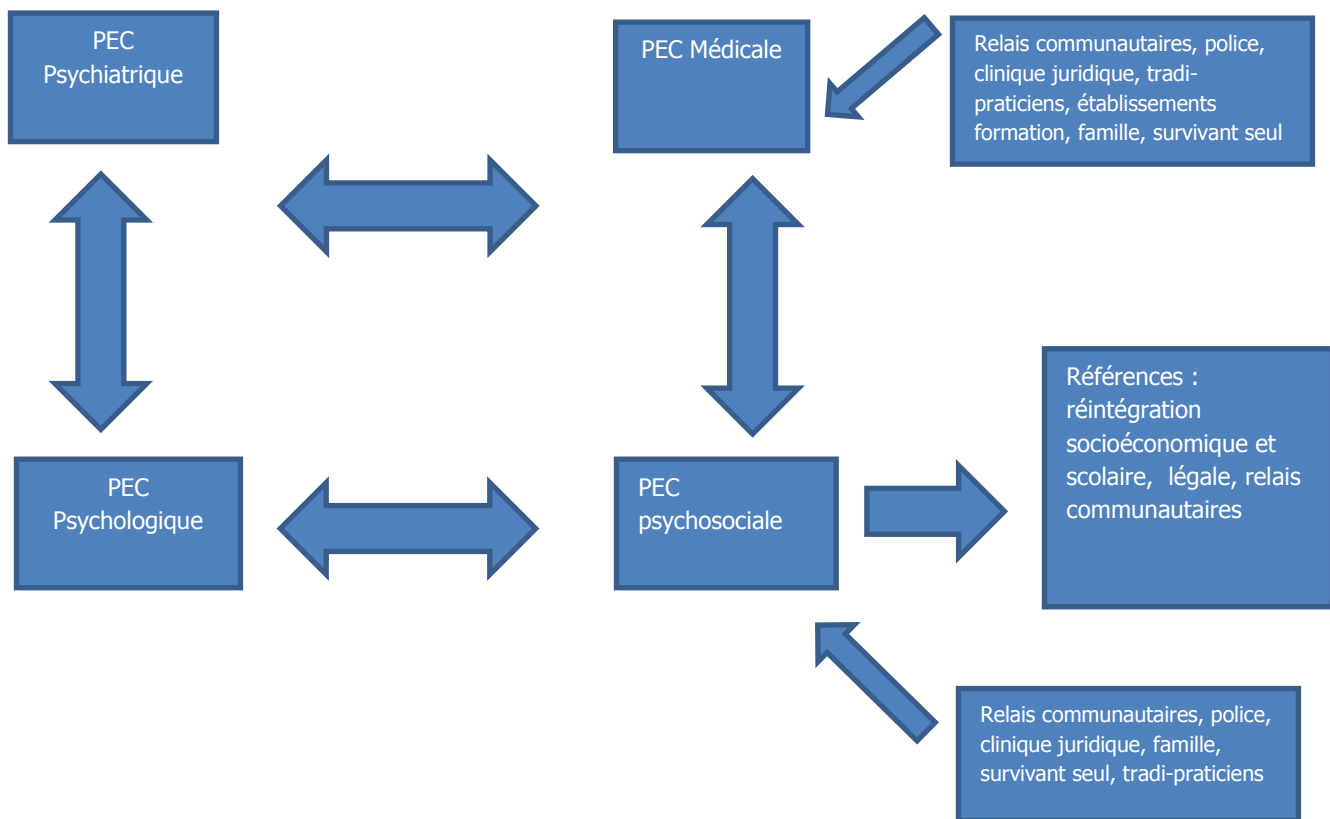
4.2.1. Les règles à observer :

- Le contact visuel : où le prestataire doit toujours tourner le visage vers le/la SVS 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 au/ à la SVS de se sentir en sécurité sans qu'on se mette si loin qu'elle ressente un retrait ;
- Avoir une voix rassurante ;
- Etre positif.

4.2.2. Les attitudes à adopter :

- Respecter le/la SVS ;
- Rester toujours confidentiel ;
- Avoir une tenue simple ;
- Inspirer confiance ;
- Etre disponible ;
- Ne point juger le/la SVS ;
- Croire en SVS ;
- Etre empathique ;
- Etre authentique ;
- Reconnaître ses limites ;
- Eviter la stigmatisation.

4.3 Circuit de prise en charge



Point de départ de la personne : il y a une multiplicité de points de départ : Le /la SVS accède aux structures de santé par : le relais communautaire, la clinique juridique, la police, la famille, les établissements de formations scolaires, médicales, les ONG,...

4.4. COMPETENCES ET TACHES DES INTERVENANTS PAR NIVEAU

Niveaux	Intervenants	Compétences	Taches
Communauté	Relais communautaires	Savoir lire et écrire Formé en PEC psychosociale et santé mentale des SVS	<ul style="list-style-type: none"> • Etre le canal entre le CS et la communauté <ul style="list-style-type: none"> • Sensibiliser les survivant(e)s et la communauté sur les VS, ses conséquences et sa PEC, y compris les attitudes et les pratiques en cas de VS • Identifier les SVS dans la communauté • Identifier les SVS qui nécessitent une PEC/PS et PEC/SM <ul style="list-style-type: none"> • Accueillir les survivant(e)s et/ou accompagnateurs • Dispenser les premiers soins psychosociaux et de santé mentale • Orienter les survivant(e)s vers les structures de soins, et vers les structures de réinsertion sociale ou juridiques • Organiser les activités visant l'intégration familiale et la réinsertion socioprofessionnelle du/de la survivant(e) • Récolter les données sur les VS [Nbre de survivant(e)s de VS, Nbre de survivant(e)s orientées, Nbre de survivant(e)s pris(es) en charge] • Faire rapport à l'Infirmier titulaire du CS
Centre de santé	Assistants sociaux	-A2 : diplôme d'Etat des Humanités sociales ou équivalent et formé en PEC psychosociale et santé mentale des SVS -A1 : diplôme de graduat en Sciences humaines ou équivalent et formé en PEC psychosociale et santé mentale des SVS	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibiliser et conseiller • Suspecter et orienter les SVS • Organiser les activités visant l'intégration familiale et la réinsertion socioprofessionnelle du/de la survivant(e) <ul style="list-style-type: none"> • Faire rapport à l'IT du CS <ul style="list-style-type: none"> • Sensibiliser et conseiller • Suspecter et orienter les cas • Poser le diagnostic infirmier • Prendre en charge les SVS • Gérer les données sur les VS de l'AS • Prendre des décisions sur des bases évidentes <ul style="list-style-type: none"> • Référer en cas de besoin • Transmettre un rapport mensuel sur les VS au BCZS • Superviser les ReCo et les assistants sociaux
	Infirmiers	-A2 : diplôme d'Infirmier et formé en VS -A1 : diplôme de graduat en Sciences infirmières et formé en VS	
HGR et CSR	Médecins généralistes	Diplôme en Médecine et formés en PEC psychosociale et santé mentale des SVS	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge préventive et promotionnelle

	Psychologues cliniciens	Diplôme de Licence en Psychologie clinique et formés en PEC psychosociale et santé mentale des SVS	<ul style="list-style-type: none"> prise en charge des cas référés <ul style="list-style-type: none"> Contre-référence des SVS Réhabilitation et réinsertion des malades Former les prestataires des CS en PEC psychosociale et santé mentale des SVS <ul style="list-style-type: none"> Faire rapport au BCZS
	Anthropologues médicaux	Diplôme de Licence en Anthropologie+DES et formés en PEC psychosociale et santé mentale des SVS	
	Infirmiers neuropsychiatres	Diplôme de Graduat ou Licence en Neuropsychiatrie et formés en PEC psychosociale et santé mentale des SVS	
	Infirmiers	Diplôme de Graduat ou Licence en Sciences infirmières et formés en PEC psychosociale et santé mentale des SVS	
	Assistants sociaux	Diplôme de Licence en sciences humaines ou équivalent et formés en PEC psychosociale et santé mentale des SVS	
Hôpital Général Provincial de Référence (HGPR)	Neuropsychiatres	Médecin+DES en neuropsychiatrie	<ul style="list-style-type: none"> PEC des cas référés par les HGR <ul style="list-style-type: none"> Contre-référence Assurer la diffusion des normes et des directives de promotion et de prévention et l'application des stratégies de PEC aux structures du niveau inférieur Superviser et contrôler les activités de PEC des SVS Former les prestataires en PEC des SVS <ul style="list-style-type: none"> Faire rapport à la DPS
	Psychologues cliniciens	Diplôme de Licence + DES et formés en PEC psychosociale et santé mentale des SVS	
	Infirmiers neuropsychiatres	Diplôme de Graduat ou Licence en Neuropsychiatrie et formés en PEC psychosociale et santé mentale des SVS	
	Anthropologues médicaux	Diplôme de Licence +DES et formés en PEC psychosociale et santé mentale des SVS	
	Assistants sociaux	Diplôme de Licence en sciences humaines ou équivalent + DES et formés en PEC psychosociale et santé mentale des SVS	
	Neuropsychiatres	Médecin+DES en neuropsychiatrie	
	Psychologues cliniciens	Diplôme de Licence + DES et formés en PEC psychosociale et santé mentale des SVS	
	Infirmiers neuropsychiatres	Diplôme de Graduat ou Licence en Neuropsychiatrie et formés en PEC psychosociale et santé mentale des SVS	
Centres hospitaliers ou cliniques universitaires	Anthropologues médicaux	Diplôme de Licence +DES et formés en PEC psychosociale et santé mentale des SVS	<ul style="list-style-type: none"> Organiser la consultation des références tertiaires en PEC des SVS <ul style="list-style-type: none"> Contre-référence Mener des recherches sur la santé mentale des SVS Former les spécialistes, les formateurs des formateurs en PEC des SVS Assurer la formation des prestataires <ul style="list-style-type: none"> Faire rapport
	Assistants sociaux	Diplôme de Licence en sciences humaines ou équivalent + DES et formés en PEC psychosociale et santé mentale des SVS	

VII. LES DONNEES SUR LA PEC/PS ET SM DES SVS

4.4. COMPETENCES ET TACHES DES INTERVENANTS PAR NIVEAU

Elle comprend les points suivants:

- Accueil convivial : conforme aux directives relatives à l'accueil et à la préparation de la SVS avant l'examen.
- Adopter une attitude rassurante vis-à-vis de la survivante
- 3. Ecoute attentive

5.1. PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE

5.1.1. ASPECTS PSYCHOLOGIQUES

- 1 Conduire un entretien psychologique
2. Appliquer la technique psychothérapeutique adaptée

- **ASPECTS SOCIAUX**

1. Déterminer les besoins sociaux du SVS
2. Mettre en place des mécanismes de réinsertion sociale

5.2. Prise en charge en santé mentale

Elle comprend :

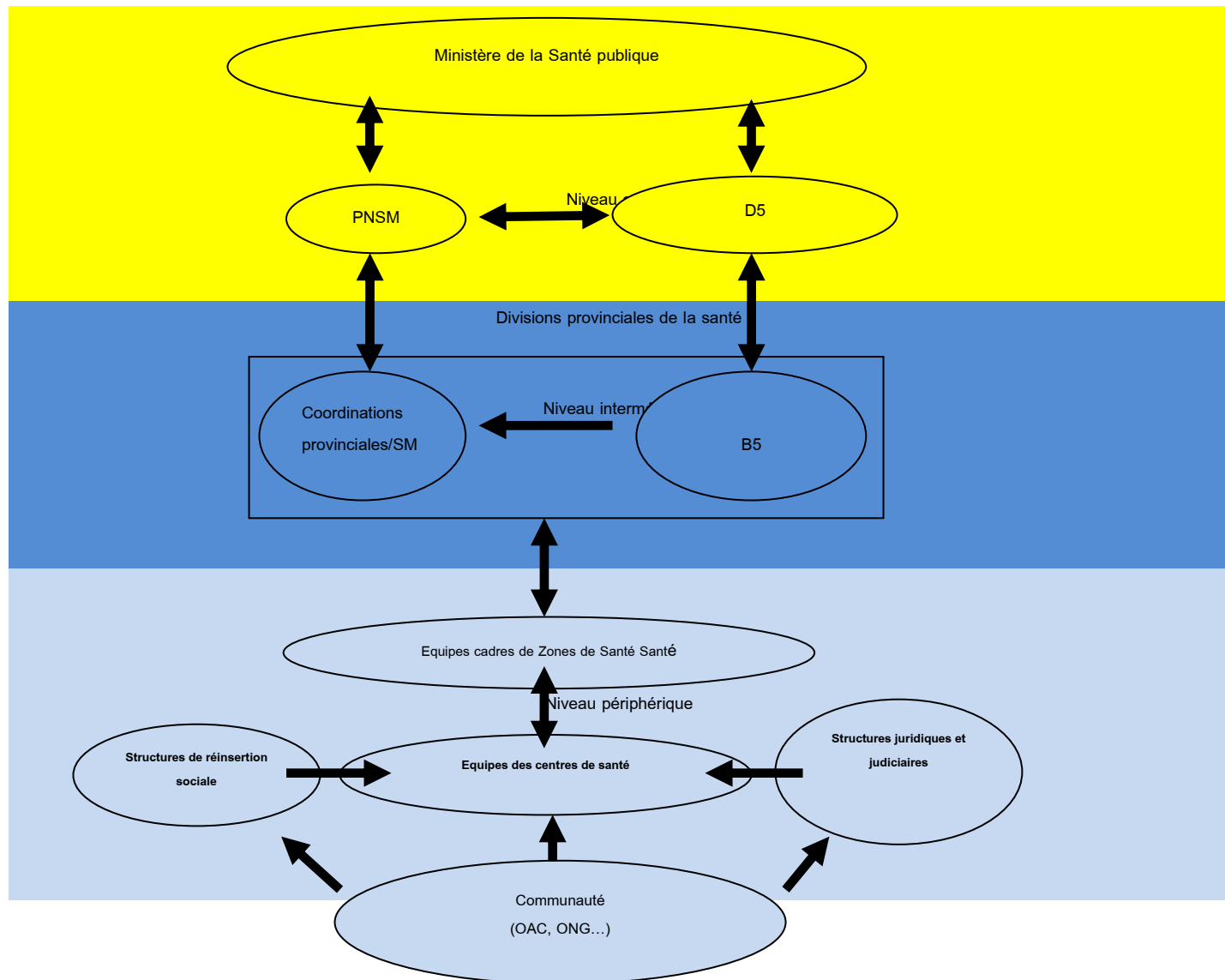
- L'évaluation des symptômes ou des signes ;
- La décision ou le diagnostic ;
- La prise en charge proprement dite selon le guide d'interventions mhGAP

5. LA GESTION DES DONNEES SUR LA PEC/PS ET SM DES SVS

5.1. LA COLLECTE DES DONNEES

Les données sont générées au niveau périphérique par les différents intervenants. Elles sont enregistrées dans des fiches de collecte des données conçues pour cette fin par le Gouvernement de la RDC au travers du Ministère de la Santé Publique avec l'appui des partenaires.

5.2. LE CIRCUIT DES DONNEES



5.3. L'UTILISATION DES DONNEES

Elles sont importantes pour la prise de décisions sur des bases évidentes. Elles renforcent la capacité de répondre aux besoins des SVS voire de lutter efficacement contre les PSM et PPS dus aux violences sexuelles.