



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Direction du développement
et de la coopération DDC

Solidarité et guérison : de l'importance de la communauté dans la lutte contre les violences sexuelles et basées sur le genre

Expérience acquise dans la région des Grands Lacs africains par le Programme Psychosocial Régional de la Coopération Suisse



Éditeur : Direction du Développement et de la Coopération (DDC) Suisse Grands Lacs

Responsables : Dr. Aziza Aziz-Suleyman et Maja Loncarevic

Auteure : Kathrin Groninger

Rédaction : Masengesho Kamuzinzi, Christa Josiane Karirengera, Théoneste Twahirwa

Graphisme &
Impression : Rwanda Events Group Ltd

Lieu et Date : Kigali, Rwanda Mai 2019, version 1

Coordonnées : www.ddc.admin.ch

Table des matières

Préface	4
Avant-propos	5
Définitions et terminologies	6
Abréviations	9
Introduction	10
Chapitre Ier. L'Approche psychosociale communautaire : sa base théorique et sa mise en œuvre par le programme régional de la DDC	12
Le psychosocial dans la lutte contre les VSBG	12
Le programme psychosocial régional de la Coopération suisse	12
L'approche psychosociale communautaire du programme	13
Synoptique des ONG partenaires dans la mise en œuvre du programme	18
Résultats des ONG partenaires du programme	19
Chapitre II. Compréhension du contexte : l'instabilité et les inégalités dans la région des Grands Lacs	20
La violence sexuelle pendant deux décennies d'instabilité	20
Sources d'inégalité d'accès au pouvoir et de violence sexuelle	22
Le contexte burundais : la place précaire de la jeune fille	24
Le contexte du Sud-Kivu : la fragilité, les soins et les exclusions	26
Le contexte rwandais : la profondeur des blessures	27
Chapitre III. Exemples de bonnes pratiques : trois modèles de l'approche psychosociale communautaire	29
Modèle 1. Le centre spécialisé – devenir accessible et proche de la communauté	29
Modèle 2. Les maisons communautaires – écoutons-nous, éduquons-nous et protégeons-nous les femmes !	34
Modèle 3. La réunion des familles – de la violence à la parentalité positive	37
Chapitre IV. Leçons apprises de l'APC, défis et pistes d'orientation, discussions pour sa mise en œuvre optimale	42
Les leçons apprises du travail avec l'approche psychosociale communautaire	42
Les défis dans la lutte contre les VSBG dans les trois pays	43
Discussion sur le rôle des communautés, la modélisation dans le contexte, les activités socio-économiques et la pérennisation	48
Conclusion: réflexion pour une définition des standards minimaux pour la mise en œuvre de l'APC	52
Bibliographie et références	53
Annexes	55
Contacts des organisations partenaires de mise en œuvre	56

Préface

Depuis des décennies, la région des Grands Lacs fait face à des conflits touchant une grande partie de la population, notamment les femmes. Ces conflits sont à l'origine de violences sexuelles de masses et répétitives qui exigent une réponse cohérente et concertée au niveau régional, national et local.

En 2010, une visite de la présidente de la Confédération Suisse, Mme Calmy-Rey, accompagnée d'un groupe de femmes parlementaires, a permis à ces politiciennes suisses de se rendre compte de la situation dramatique des femmes victimes de conflits et de violences sexuelles.

C'est ainsi que naît en 2011 le « programme psychosocial régional (Rwanda, Burundi, RDC) » de la Coopération suisse, avec des actions à trois niveaux : communauté, individu et Etat. Le programme met l'accent sur le travail avec les communautés affectées pour prévenir et assurer la réintégration des femmes violées et victimes d'autres violences. Il s'agit de l'approche communautaire qui est au cœur de ce programme. Pour la mise en œuvre opérationnelle, le programme choisit des partenaires clés qui sont appuyés financièrement et techniquement pour la gestion des traumatismes, des violences sexuelles et pour leur prévention.

A ce jour, on peut constater un engagement accru des pays de la région des Grands Lacs à lutter contre les violences sexuelles basées sur le genre (VSBG), notamment par la mise en place d'une initiative régionale qui doit permettre d'accélérer la lutte contre les VSBG. Il s'agit de la « déclaration de Kampala » signée par 12 chefs d'états en décembre 2011 lors du sommet de la Conférence Internationale sur la Région des Grands Lacs (CIRGL). Pourtant, beaucoup reste à faire pour briser les cycles de la violence et garantir la protection des femmes et des filles.

Le travail avec les communautés du programme suisse a produit des résultats impressionnants : des communautés de victimes sont devenues actrices de changement, ont pris conscience de leur rôle et responsabilité dans le traitement des cas de violence basée sur le genre, mais aussi dans la prévention. Ce processus de changement a permis également aux individus (victimes et/ou agresseurs, familles affectées) d'analyser le cycle de violence, de retrouver leurs places dans la société, de faire face à leurs responsabilités et de jouer un rôle plus positif au profit de tous.

Le programme psychosocial a donc permis de développer des stratégies adaptées aux contextes dans lesquels les initiatives de santé mentale n'étaient encore peu privilégiées pour des raisons diverses. Il s'est concentré dès le début sur les mécanismes de réponse communautaire, ainsi que le développement des expertises par les acteurs de premier front, à savoir les organisations locales de mise en œuvre. Les acteurs de terrain du programme ont souvent des missions différentes, des visions institutionnelles différentes, mais ils ont un objectif commun qui est de venir en aide aux victimes de violences sexuelles et d'assister les communautés de façon pérenne. Ils sont confrontés aux mêmes défis et aux mêmes questions, notamment la réintégration des victimes et la prévention de nouveaux risques.

Au cœur de tout cet engagement un seul "motto" : aider les communautés dans le processus de transformation de communautés victimes en communautés actives et solidaires.

Béatrice Meyer
Directrice Régionale de coopération

Avant-propos

Comment développer une prise en charge psychologique à la hauteur des violences sexuelles massives dans une région de conflits à répétition ? A quels fondements théoriques faire appel et à quelles références techniques recourir ? Telles sont les questions auxquelles l'intervenant rwandais, burundais ou congolais est confronté quand il lui est demandé de prendre en charge des survivantes de violence sexuelle omniprésente dans les foyers, dans des contrées en guerre, dans des pays ravagés par le génocide et des affrontements fratricides.

L'approche communautaire est apparue comme une réponse à toutes ces questions. Elle a été expérimentée au Rwanda au lendemain du génocide contre les Tutsis avant d'être proposée et appliquée au Burundi et dans la province du Sud-Kivu de la République Démocratique du Congo. La coopération suisse a choisi cette approche pour servir de trame et d'orientation de base aux organisations non-gouvernementales (ONG) partenaires de la région des Grands Lacs dans son programme régional de prise en charge psychosociale communautaire des femmes et communautés victimes de violences sexuelles.

L'approche communautaire se caractérise par son option pour la socio-centration et la prise en compte des ressources collectives d'auto-prise en charge et d'autorégulation. La socio-centration veut dire que le trauma et toute autre blessure de la vie ne sont pas attribués à des personnes individuellement considérées, mais à des communautés prises comme des totalités. Il s'agit de totalités actives, dotées de ressources propres et particulièrement efficaces. L'intervention inspirée par l'approche communautaire actionne ces deux leviers pour accompagner les individus et les groupes en demande.

Ce que le présent document sur la capitalisation de l'« approche psychosociale communautaire appliquée aux VSBG dans la Région des Grands Lacs » illustre de façon remarquable, c'est l'adaptabilité de l'approche communautaire. Sept ONG inspirées par des philosophies et des visions de la société assez différentes et travaillant sur des thématiques diversifiées l'ont expérimenté avec succès dans leurs zones d'intervention. Elles ont réalisé que la thématique particulière de chacune est une porte d'entrée pour amener toute la communauté à se mobiliser pour traiter le problème en son sein. Le lecteur découvrira et appréciera la variété des thématiques traitées par les ONG impliquées dans le Programme Psychosocial Régional de la coopération suisse. Il y a là des contributions complémentaires à découvrir pour s'imprégner de la créativité des unes et des autres.

Au-delà de la volonté de partage et d'apprentissage mutuel affichée par ces ONG, il y avait le mode de coopération de la Direction du développement et de la coopération suisse (DDC) qui fait confiance aux acteurs locaux et les fait participer aussi bien dans la définition des axes stratégiques que dans leur opérationnalisation en projets et initiatives de terrain.

C'est ici une occasion pour remercier Mme Ursula Salesse, première coordinatrice du Programme Psychosocial, dont l'engagement et le dévouement ont permis de lancer le Programme Psychosocial dans la forme actuelle.

Je vous souhaite bonne lecture et je vous assure que l'importance de l'approche communautaire dans la lutte contre les violences sexuelles est notre affaire à tous !

Simon Gasibirege
Professeur émérite et Président de LIWOHA

Définitions et terminologies

Activités Génératrices de Revenus (AGR) : une activité qui consiste à fournir des services ou des biens en vue de les proposer à la vente et obéissant à la loi du marché, celle de l'offre et de la demande. Une AGR émane d'une entreprise individuelle ou appartenant à plusieurs associés, ou encore d'une coopérative. L'AGR bénéficie à ceux qui la mettent en œuvre ; ses promoteurs doivent nécessairement avoir un savoir-faire dans le domaine d'activité envisagé.

Approche holistique : Il s'agit d'une approche de prise en charge qui inclut les soins de santé, l'appui psychosocial, les aspects socio-économiques, la justice et la sécurité.

Approche psychosociale communautaire (APC) : une stratégie d'intervention qui vise en particulier les communautés et qui consiste à mettre davantage à contribution les ressources de la communauté et à aider à faire renaître des solidarités, des attitudes d'entraide (bénévolat) et de participation. Les changements recherchés concernent la communauté dans son ensemble et portent sur les comportements, mais également sur les représentations sociales. Ces actions s'appuient sur les points forts de la communauté et visent à promouvoir l'adoption des modes de vie sains par la mise en place d'environnements de qualité. Ceci permet aussi aux individus, -victimes, auteurs de violences et personnes affectées- d'analyser le cycle de violence, de retrouver leurs places dans ce cycle, de faire face à leurs responsabilités, de jouer un rôle plus positif au profit de tous, dans un cadre plus sain ou plus familial qui est celui de leur communauté de base.

Approche psychosociale individuelle (API) : une stratégie d'intervention psychosociale, qui vise le bien-être individuel en termes psychique, socioéconomique et médical à travers des dispositifs d'aide individuelle.

Blessures de la vie : un terme non-médical qui explique dans ce contexte toute sorte de souffrance psychique après les expériences de

violence différente des VSBG, mais aussi toutes autres formes de violence, avec les conséquences de traumatisme, de culpabilité, d'abandon, d'expulsion, de deuil, etc. Ce terme prend en considération la perspective subjective de l'individu ou du collectif sur le vécu et ne suit pas les critères objectifs médicaux.

Centre de Développement Familial et

Communautaire (CDFC) : les CDFC sont des structures déconcentrées du Ministère de la Solidarité Nationale, des Droits de la Personne Humaine et du Genre (MSNDPHG) du Burundi. Leurs missions incluent tous les aspects du bien-être de la famille et de la communauté en général.

Comité d'Alerte pour la Paix (CAP) : les CAP regroupent des femmes engagées dans la promotion de la paix et la défense des droits qui luttent contre les viols et violences basées sur le genre. Elles cherchent à s'auto-promouvoir économiquement et à développer un leadership féminin fort en vue de leur participation à la prise de décision dans la gestion de leurs communautés.

Communauté : une structure socialement construite autour d'une notion de règles, de normes et de valeurs partagées qui rendent possible de vivre ensemble et de s'entraider mutuellement. La communauté est un ensemble d'êtres humains qui habitent ensemble dans un rayon de proximité, qui partagent la même problématique et qui se rassemblent, se concertent, entreprennent de mener des actions communes et se choisissent des règles qui guident et orientent leur existence commune ainsi que leur existence individuelle dans un espace reconnu et un temps plutôt long.

Conseiller(ère) Psycho-Social(e) (CPS)/

assistant(e) psycho-social(e) (APS) : il ou elle aide au rétablissement et à la stabilisation de l'état psychologique d'une personne en apportant un premier soutien psychologique et social aux survivant(e)s de VSBG. Leurs compétences professionnelles dépendent de leurs formations de base, -par exemple celle d'infirmière, de psychologue, de travailleur social, de prêtre, de pasteur- et de leurs formations spécialisées, aussi bien celles de quelques jours que celles à long terme.



Direction du développement et de la coopération (DDC) : la DDC est la direction du Département fédéral des affaires étrangères (DFAE) responsable des activités de coopération internationale de la Suisse. Lui incombent la coordination de la coopération au développement et de la coopération avec l'Europe de l'Est avec d'autres offices de la Confédération, ainsi que l'Aide humanitaire de la Suisse.

Ecoute active : technique utilisée dans le counseling individuel et de groupe où l'accompagnant par son comportement non verbal encourage la personne accompagnée à s'exprimer de manière ouverte et en confiance. Comme la technique soutient une communication attentive et empathique sans juger l'autre, elle réduit les risques de la hiérarchisation relationnelle, - par exemple entre femmes et hommes, adultes et enfants, médecin et patient-, et de l'exclusion. L'écoute active est l'une des techniques de base dans les approches psychosociales communautaires.

Empowerment : c'est un processus qui vise à permettre aux individus, aux communautés et aux organisations d'avoir plus de pouvoir d'action et de décision, plus d'influence sur leur environnement et leur vie. Il comprend le fait que les choix de comportements en matière de santé sont souvent dépendants de l'environnement et de la disponibilité des ressources sociales ou environnementales. Ce concept fait donc référence à la capacité d'un individu à prendre des décisions et à exercer un contrôle sur sa vie personnelle, mettant ainsi l'accent sur la promotion d'une représentation positive de soi. Le contraire de ce mot est **disempowerment**.

Formations Sanitaires (FOSA) : les centres hospitaliers, les centres de santé et les hôpitaux sont appelés communément FOSA, soit « Formations Sanitaires ».

Groupe : la notion de groupe signifie dans ce contexte toute sorte de regroupement des membres de la communauté qui s'organisent autour d'un but en commun comme des groupes d'entraide, de solidarité, d'épargne, de parole, de groupes thérapeutiques et autres.

Inter-Agency Standing Committee (IASC) : IASC est le mécanisme primaire de coordination de l'assistance humanitaire. C'est un forum qui inclut les partenaires clés dans l'humanitaire, les agences des Nations Unies aussi bien que les autres partenaires. Les produits de IASC sont des guides, politiques, instruments/outils et documents utilisés au niveau global et local avec l'objectif d'améliorer l'efficacité des actions humanitaires.

Intervenants : ce sont toutes personnes qui offrent des services aux victimes des VS et VBG. Ils peuvent être des professionnels, des animateurs de terrain ou membres des groupes communautaires. Ils sont tous impliqués dans l'accompagnement des survivant(e)s.

Leader : une personne qui a une autorité reconnue – élue, intronisée ou non- par les communautés de base, comme par exemple un leader politique, administratif, religieux, traditionnel, ou communautaire.

Lévirat : un type particulier de mariage encore en vigueur dans la Région des Grands Lacs, où le frère d'un défunt épouse la veuve de son frère, afin de poursuivre la lignée du défunt. À l'ouest du Rwanda par exemple, la femme doit entretenir des rapports sexuels avec son beau-frère dès le lever de deuil afin, dit-on, de la rendre « saine » ou « claire » (kumweza). Le deuil est supposé être en effet une période de « noirceur » (kwirabura). Si la veuve refuse ce genre de rapports, toute la famille l'abandonne.

Maison d'écoute : ce sont de petites structures disséminées sur le territoire du Kivu, volontairement proches de la population et souvent voisines des centres de santé. Elles offrent une écoute, un accueil et une orientation aux survivant(e)s de VBG. Ces structures accueillent de façon inconditionnelle, gratuite et confidentielle, toute personne souhaitant recevoir un appui, un conseil, une orientation, en ce qui concerne la santé, mal être, souffrance, dévalorisation, échec, situations conflictuelles en famille, droits juridiques et judiciaires, difficultés scolaires ou relationnelles, décrochage social, etc.

Médiateurs/animateurs communautaires ou points focaux : les membres de la communauté qui ont bénéficié des ateliers de sensibilisations et qui offrent des services aux groupes communautaires et soutiennent l'auto-prise en charge communautaire. Ils manifestent leurs engagements au profit du projet sans salaire. Ce sont des personnes qui s'approprient de l'approche psychosociale communautaire.

Mutuelles de Solidarité (MUSO) : ce sont des associations solidaires financières qui collaborent selon un principe de crédit rotatif, à la fois sous forme de caisse d'épargne et de crédit ; mais aussi sous celle de caisse solidaire et d'urgence, et qui sont souvent accompagnées par des ONG et financent parfois des activités génératrices de revenus (AGR).

One Stop Center (OSC) : une structure étatique rwandaise qui rassemble un ensemble de services sous un toit pour permettre un accès plus facile des citoyens en cas de VBG. Les OSC sont une structure de la police et offrent une prise en charge intégrée médicale, psychologique, policière, et collaborent avec des acteurs communautaires.

Parentalité : un ensemble des savoir-être et des savoir-faire qui se déclinent au fil des situations quotidiennes en différentes postures, paroles, actes, partages, émotions et plaisirs, en reconnaissance de l'enfant mais aussi en responsabilité des parents.

Parentalité positive : la parentalité positive est un style d'éducation centré sur le bien-être de l'enfant, où les parents font preuve de chaleur, de tolérance, de sensibilité, de réceptivité et de soutien envers leurs enfants et favorisent leur épanouissement. Elle se fonde sur une éducation et des comportements qui répondent aux besoins de l'enfant, en termes d'affection, de sécurité, d'appartenance et d'attaches sûres.

Parentification : se définit comme un processus interne à la vie familiale qui amène un enfant ou un adolescent à prendre des responsabilités plus importantes que ne le vaudraient son âge et sa maturation et qui le conduit à devenir un parent pour ses parents ou pour ses frères et sœurs.

Prise en charge (PEC) intégrée : une réponse aux VSBG tenant compte des besoins des victimes en termes de services holistiques (médical, psychologique, juridique et socio-économique).

Prophylaxie Post-Exposition (PPE) : la PPE est un traitement médical avec les antirétroviraux (ARV) pour prévenir l'infection à VIH après une exposition susceptible de donner lieu à la transmission du VIH et, idéalement, dans les 72 heures. Débutée rapidement après l'exposition, la PPE peut réduire le risque d'infection par le VIH de plus de 80 %.

Psychosocial : le terme « psychosocial » met en lumière les liens et les interactions permanentes entre les processus psychologiques et sociaux.

Référence et contre-référence : ce terme parle du système de référencement des client(e)s entre les services médicaux, psychologiques, juridiques ou judiciaires davantage spécialisés en modalités diagnostiques, capacités thérapeutiques pour le traitement d'un côté, et les centres de santé ou maisons d'écoute moins spécialisés mais souvent plus proches et intégrés dans les services de la communauté.

Relais Communautaires (ReCo) : ce sont des membres de la communauté faisant le pont entre celle-ci et le système de santé. Dans la pratique, ces relais sont choisis et utilisés par les autorités sanitaires pour passer le message lors des campagnes de masse ou pour faire figure de représentants de la communauté dans des réunions. Ils interviennent sans être payés.

Socio-centration veut dire que le traumatisme et toute autre blessure de la vie ne sont pas attribués à des personnes individuellement considérées mais à des communautés prises comme des totalités. Il s'agit de totalités actives, dotées de ressources propres et particulièrement efficaces.

Sororat : la pratique du remariage d'un veuf avec la sœur de son épouse.

Thérapie systémique : consiste en une prise en charge de l'individu en tenant compte de tout son environnement familial, social et institutionnel.

Violence Basée sur le genre (VBG) : c'est un terme générique désignant un acte préjudiciable contre la volonté d'une personne et se fondant sur les différences sociales, notamment le genre, entre les hommes et les femmes. Les actes qui sont concernés ici impliquent des sévices d'ordre physique, sexuel ou mental ; les menaces de perpétration de tels actes ; la coercition et les autres formes de privation de liberté.

Violences Sexuelles Basées sur le Genre (VSBG): cette notion est devenue un terme générique pour désigner des sévices infligés à une personne contre son gré et résultant des inégalités de pouvoir fondées sur les rôles attribués aux hommes et aux femmes. Elle inclut les pratiques culturelles et traditionnelles préjudiciables telles que les mariages d'enfants, précoces et forcés, le trafic sexuel des femmes et des enfants, l'esclavage sexuel, les crimes d'honneur, les mutilations génitales féminines et la violence économique.

Violences sexuelles liées aux conflits (conflict related sexual violence, CRSV) : motivées par des objectifs politiques, militaires ou psychologiques pour contrôler un territoire, une population ou des ressources, les CRSV sont fréquemment et délibérément utilisées pour cibler les populations vulnérables, infligeant des traumatismes psychologiques, des humiliations, des déplacements, etc. Les CRSV ne sont plus considérées comme des retombées inévitables de la guerre, mais constituent un crime qui est évitable et punissable en vertu du droit international des droits de l'homme, du droit international humanitaire et du droit pénal international.

Abréviations

ADDF :	Association pour la Défense des Droits de la Femme
APC :	Approche Psychosociale Communautaire
APS :	Assistant(e) Psychosocial(e)
BAD :	Banque Africaine de Développement
CAFOB :	Collectif des Associations Féminines et ONG du Burundi
CAPC:	Centres d'Accompagnement Psychosocial Communautaire.
CDFC :	Centre de Développement Familial et Communautaire au Burundi
CIRGL :	Conférence Internationale sur la Région des Grands Lacs
CNE/NCC :	Commission Nationale des Enfants /National Children Commission
CNF /NWC :	Conseil National des Femmes /National Women Council
CNJ/NYC :	Conseil National des Jeunes /National Youth Council
CNLS :	Conseil National de Lutte contre le Sida au Rwanda
COCAFEM/GL :	Concertation des Collectifs des Associations Féminines de la Région des Grands Lacs
CTLVS:	Comité Territorial de Lutte contre les Violences Sexuelles
DDC :	Direction du Développement et de la Coopération
GMO :	Gender Monitoring Office (Observatoire National du Genre)
HI :	Handicap International devenu Humanity and inclusion
IAPI :	Institut Africain de Psychologie Intégrale
IEC :	Information Education Communication
ISV :	Initiative Seruka pour les victimes du Viol (plus connu sous le nom de SERUKA)
MIGEPROF :	Ministère du Genre et de la Promotion de la Famille du Rwanda
MSF/B:	Médecins Sans Frontières Belgique
NCPD :	Conseil National des Personnes Handicapées (National Council for People with Disabilities)
OAG :	Observatoire de l'Action Gouvernementale
PNSR :	Programme National de Santé de la Reproduction de la RDC
PPR :	Programme Psychosocial Régional
RAPI :	Réseau Associatif pour la Psychologie Intégrale
RDC :	République Démocratique du Congo
RFDP :	Réseau des Femmes pour les Droits et la Paix
RWAMREC :	Rwanda Men's Ressource Centre au Rwanda
SPC :	Synergie Psychosociale Communautaire du Sud-Kivu
SMC :	Santé Mentale Communautaire
UNFPA :	United Nations Population Fund / Fonds des Nations Unies pour la Population
UNIFEM:	United Nations Development Fund for Women
VIH/SIDA :	Virus d'immunodéficience humaine/Syndrome d'Immunodéficience Acquise

Introduction

Les échanges entre les organisations de la société civile du Burundi, du Rwanda et du Sud-Kivu tenus au bureau de la DDC en 2011 à Bukavu ont montré que la prise en charge des victimes des VSBG présentait des limites et que les résultats atteints étaient faibles. Initialement, les interventions de ces acteurs restaient orientées directement vers la victime comme manière de prise en charge individuelle. Certains acteurs avaient même préféré délocaliser la victime de sa communauté, de son terroir et l'éloigner de celles et ceux qui lui étaient proches pour assurer cette prise en charge. Ces organisations opéraient de manière isolée et dispersée. Parfois, les organisations se partageaient les mêmes victimes alors qu'il y'en avait d'autres qui ne bénéficiaient d'aucun soutien. En outre, les règles et principes généraux de prise en charge et plus spécialement la confidentialité, n'étaient pas toujours respectés. La personne victime restait donc dans un cycle de victimisation d'une part et d'autre part, dans une certaine stigmatisation et éloignement de sa propre communauté. Quand elle revenait dans son village, les mécanismes communautaires d'accueil et de réintégration n'étaient pas définis et l'on enregistrait parmi les victimes traumatisées un taux élevé de rechute. La fragilité et l'insécurité avaient marqué aussi les relations dans les communautés qui étaient dans un état de méfiance, de peur et de stratégies de survie.

Eu égard à ce qui précède, il fallait envisager une nouvelle approche pour une meilleure prise en charge des victimes qui prend en considération l'entourage de la victime. Certaines organisations locales de la société civile ont pris l'initiative de changer d'approche en impliquant désormais la communauté dans le processus de prise en charge des victimes. C'est de là qu'est née la prise en charge psychosociale communautaire. Si le choix de l'approche avait fait l'unanimité, la mise en œuvre continuait à poser des problèmes. Les approches pratiques restaient disparates et une volonté d'harmonisation s'était avérée nécessaire. Mais toutes ces initiatives étaient sporadiques et de faible ampleur tant que les ONG n'avaient pas de ressources financières régulières leur permettant d'asseoir un programme cohérent au sein des communautés locales.

Cette opportunité a été fournie par la Direction du Développement et de la Coopération suisse (DDC) dans le cadre de son Programme Psychosocial Régional (PPR) afin de mettre en place une approche psychosociale communautaire (APC) dans la prévention et la prise en charge des victimes des violences sexuelles et basées sur le genre (VSBG) dans la région des Grands Lacs africains. Depuis 2011, les six ONG partenaires de la DDC du Burundi, de la RDC et du Rwanda ont adapté cette approche psychosociale communautaire dans leurs contextes pour prendre en charge des victimes des viols de masse et d'autres formes de VSBG dans des sociétés déchirées par des guerres à répétition qui sévissent dans la région depuis plus de deux décennies. L'Institut Africain de Psychologie Intégrale (I-API), pionnière dans l'approche psychosociale communautaire au Rwanda a été invité par la DDC à coordonner ces initiatives d'intégration de l'approche communautaire. Pendant les huit années écoulées, l'échange d'expériences entre les six ONG partenaires de la DDC autour de l'APC s'est fait dans le respect mutuel. Les débats sur les causes profondes des VSBG, leur potentiel de destruction des familles, des communautés et des nations ainsi que sur la manière d'y faire face ont été enrichissants. Chaque ONG avait la latitude de se l'approprier en fonction de sa mission, de sa philosophie et des exigences de son contexte spécifique.

Ainsi par exemple, Nturengaho du Burundi y trouve un moyen d'associer les membres des communautés locales dans la prévention, l'accompagnement et la réintégration des mineur(e)s victimes de viols, qui sont vulnérables ou abandonné(e)s par leurs familles. Seruka du Burundi trouve l'opportunité de responsabiliser davantage les communautés locales dans la prévention et la prise en charge des victimes de viols pour qu'elles aient accès aux soins préventifs avant qu'il ne soit trop tard. Au Sud-Kivu, il s'agit de trois ONG. Pour le centre psychiatrique SOSAME, l'approche communautaire offre la possibilité de travailler avec les membres des communautés locales non seulement dans l'accompagnement des personnes souffrant de maladies psychiatriques, mais également dans leur réintégration après les soins pour éviter la stigmatisation en vue de réduire les rechutes et les séjours en hospitalisation. Pour le Réseau des femmes pour la défense des droits et la

paix (RFDP), l'approche communautaire permet de renforcer le travail des femmes membres des comités d'alerte pour la paix (CAP) et de légitimer leur rôle devant les instances officielles. Le réseau associatif pour la psychologie intégrale (RAPI) a opté pour la transformation des maisons d'écoute en centres d'accompagnement psychosocial communautaires utilisant l'APC. En conséquence, ces organisations en ont tiré des expériences et des vécus différents.

Trois modèles de l'APC sont ressortis comme « bonnes pratiques » du processus de capitalisation de l'APC, en espérant qu'ils inspireront des initiatives de même but dans d'autres contextes. Le Modèle 1. Le centre spécialisé – devenir accessible et proche de la communauté ; le Modèle 2. Les maisons communautaires : écoutons-nous, éduquons-nous et protégeons-nous les femmes ! Et le Modèle 3. La réunion des familles : de la violence à la parentalité positive.

Cette synthèse typologique s'appuie sur les différentes formes de réappropriation de l'APC et prend en considération les contextes des trois pays, marqués surtout par la différence dans leur stabilité politique et dans leurs services publics. Le Sud-Kivu est caractérisé par la fragilité, le manque des structures et les exclusions des victimes des VSBG ; le Burundi par les conséquences de la place précaire de la fille dans la société ; et le Rwanda, par la stabilité au niveau des structures gouvernementales de prise en charge mais aussi, par les exclusions des victimes des VSBG et la profondeur des blessures des traumatismes. La cohabitation familiale et la stabilité communautaire sont à améliorer dans tous les trois pays. Ainsi, la typologie des modèles représente une réponse à la question qui ouvre la préface de cet ouvrage, à savoir : « Comment développer une prise en charge psychologique à la hauteur des violences sexuelles massives dans une région de conflits à répétition ? »

Les trois modèles permettent aux autres organisations de lutte contre les VSBG travaillant dans d'autres contextes de bien comprendre comment s'en inspirer selon le contexte spécifique et selon la focalisation thématique de chaque modèle. Cette capitalisation est destinée au personnel et aux partenaires des ONG et de la DDC, mais aussi à un plus large cercle de professionnels du développement. Elle consiste

donc dans la valorisation de l'expérience partagée, la formalisation du savoir et le partage des connaissances.

Les quatre chapitres de cet ouvrage examinent de manière détaillée toutes ces problématiques. Le premier chapitre traite de la base théorique de l'approche psychosociale communautaire et sa mise en œuvre par le programme régional de la DDC. Le second chapitre porte sur l'examen du contexte régional d'instabilité. Le troisième expose les exemples de bonnes pratiques qui se dégagent des expériences de mise en œuvre de l'APC dans la région des Grands Lacs. Le quatrième et dernier chapitre présente les grandes leçons tirées de l'application de l'APC, les défis persistants et les discussions pour sa mise en œuvre optimale. En conclusion, quelques conditions préalables de l'APC sont proposées afin de faciliter l'application de l'approche communautaire par d'autres acteurs et d'assurer que des mesures psychosociales appropriées soient prises.



Chapitre I^{er}. L'Approche psychosociale communautaire : sa base théorique et sa mise en œuvre par le programme régional de la DDC

Le psychosocial dans la lutte contre les VSBG

Depuis 30 ans, les approches psychosociales ont gagné de plus en plus d'importance dans le domaine de l'urgence humanitaire et de ses instruments de réponses adéquates pendant et après les situations de crises et de violences. Ainsi, le psychosocial est devenu une composante dans les aspects du développement comme la santé, la promotion de la paix, l'éducation et bien d'autres. La souffrance psychique comme conséquence des conditions de guerre et de violence est considérée aujourd'hui comme un des facteurs de disempowerment qui peut nuire au tissu social d'une génération à l'autre (IASC, 2007).

Lorsque le psychosocial prend une perspective individuelle de la personne (ses besoins, ses émotions, ses pensées) et une perspective sociale de la réalité (les relations et le pouvoir), il recherche toujours le lien entre le vécu personnel et le contexte social (Becker & Groninger, 2012). Cette perspective contextuelle fait comprendre les destructions et les besoins au niveau des affections des êtres humains dans une société d'après-guerre. C'est ainsi que le travail psychosocial prévoit de créer des espaces de sécurité pour les personnes vulnérables et traumatisées. Le but des approches psychosociales est de soutenir les survivant(e)s ; les aider à sortir de leurs souffrances psychiques et à trouver un chemin pour gérer les sentiments de peur, de tristesse et de traumatisme et à comprendre comment s'orienter après les violences de guerre et les VSBG. Ce chemin se caractérise toujours par le facteur social, c'est-à-dire par la relation d'aide, mais aussi par l'idée de reconstruire des relations de confiance dans la société d'après-guerre.

La perspective psychosociale et les pratiques psychothérapeutiques ont fait comprendre aussi la souffrance des femmes et les effets

destructeurs des violences sexuelles. Jusqu'aux années 80, les symptômes de peur des femmes étaient considérés comme de l'hystérie ou des troubles mentaux. Mais par la suite, ils ont été de plus en plus liés aux violences domestiques et aux abus sexuels. La psychiatre Herman (1992) a démontré le facteur important à l'origine de ce qui était assimilé aux troubles mentaux des femmes, à savoir la violence dans les relations basées sur le genre et le tabou d'en parler. C'est par la solidarité des femmes que celles-ci ont commencé à briser le silence de la violence et que la lutte contre les VSBG a pu prendre de l'ampleur. Les approches psychosociales ont en même temps contribué à faire comprendre les relations entre genre et pouvoir, ainsi que les effets destructeurs des inégalités entre les sexes.

Le programme psychosocial régional de la Coopération suisse

Les VSBG sont très destructrices car elles portent atteinte à l'intimité et à l'identité même de la victime¹. La souffrance psychique qui en résulte affecte non seulement l'individu qui en est victime, mais également sa famille proche et la société dans l'ensemble. Les violences sexuelles engendrent une souffrance psychologique et sont à la base de l'isolement et de l'exclusion sociale, ce qui aggrave encore l'humiliation subie. La complaisance envers les auteurs et l'absence des poursuites laissent les blessures souvent inguérissables.

L'une des priorités de la Direction du Développement et de la Coopération suisse (DDC)²

1. La notion de la « victime » pour les femmes qui ont subi les VSBG risque de renforcer la stigmatisation et le désespoir. Il faudra éviter ce terme dans les discussions avec elles, lors du travail psychosocial. Dans ce document nous utilisons aussi « survivantes ».

2. Egalité homme-femme à la DDC : lignes stratégiques et priorités thématiques 2015-2018, <https://www.shareweb.ch/site/Gender/Documents>

consiste à intervenir dans les contextes fragiles et à offrir son engagement majeur en faveur des femmes, de la paix et de la sécurité. L'objectif formulé dans les lignes stratégiques est *“d’asseoir les droits des femmes et des filles dans les conflits, de prévenir et combattre les violences sexo-spécifiques (axées sur femmes et hommes) en mettant en œuvre les mesures correspondantes et d’encourager la participation des femmes dans les processus de paix, de transformation et de construction de l’Etat.”* Cependant, les programmes de la DDC relatifs à la VSBG font référence aux interventions psychosociales, non seulement dans la région des Grands Lacs Africains mais aussi dans d’autres contextes³. La DDC a contribué à élaborer cette approche psychosociale depuis 2006 en prenant en compte les conflits et l’aspect genre en respectant à la fois le lien entre le développement psychologique des individus et leurs interactions avec l’environnement social.

3. En Afghanistan, en Bolivie, en Bosnie-et-Herzégovine, en Liban, en Myanmar, en Mongolie, au Maroc, au Népal, au Niger, au Tadjikistan, au Yemen.



La publication récente par la DDC de ces expériences acquises en matière de lutte contre les violences sexuelles et basées sur le genre est intitulée de la même manière : *« La violence contre un individu est une violence contre la société, et contre la famille en général »* (2016). Cela montre l’importance que la DDC attribue aux interventions orientées non seulement vers les personnes qui ont subi les violences, mais aussi vers leurs environnements sociaux.

L’approche psychosociale communautaire du programme

Selon les avis partagés par les partenaires de la DDC, les acquis de l’approche psychosociale communautaire sont d’une extrême richesse. Celle-ci se traduit en termes d’adaptabilité de l’approche dans la prévention et la prise en charge des victimes des VSBG après des crimes de masse, mais aussi en termes de qualité des savoirs et compétences acquises par les professionnels et relais communautaires dans l’accompagnement des personnes en difficultés. Mais l’originalité de l’approche psychosociale communautaire réside surtout dans son potentiel à faire émerger et à mettre en valeur les ressources dont disposent les communautés pour prévenir les VSBG et prendre en charge des VSBG qui se commettent en leur sein.

Bien que l’approche communautaire telle que conçue par l’IAPI partage la philosophie de base développée dans la littérature antérieure⁴, sa ré-conceptualisation dans les sociétés post-conflits est originale. En effet, dans la plupart des écrits antérieurs, l’approche communautaire est simplement perçue comme une démarche inclusive où les concepteurs des projets sont appelés à faire participer le plus possible les membres des communautés locales⁵. Les destinataires des projets sont toujours dans une posture de bénéficiaires. Dans la conception de l’IAPI, les destinataires du projet sont au centre du processus de transformation et les gestionnaires des projets ne sont que des catalyseurs de ce changement. L’originalité de la perspective développée par l’IAPI réside dans l’encrage des projets au sein même des communautés. Ce sont les membres des communautés locales qui font fonctionner le dispositif mis en place. Ils identifient les victimes, les incitent à participer aux ateliers de conscientisation et de guérison communautaire et continuent à accompagner les transformations amorcées.

4. Voir Bourque (1985) ; Carrier & Fortin (1996) ; Craig (1998) ; Israel & al (2010) ; Le Bossé, Y. & Lavallée (1993) ; Rapport & Seidman (2000) ; Shankand, Saïas & Friboulet (2009) ; Tessier (2004).

5. Voir par exemple Ouellet & Robert (1993) ; Falloon & Fadden (1995) ; Caplan (2013).

Bref, l'approche mise en place par l'IAPI dans le programme psychosocial de la DDC est basée sur la philosophie suivante : même si elles sont blessées, les communautés disposent encore des ressources qu'il faut mettre à contribution pour trouver des solutions aux divers problèmes qui se posent à leurs membres.

Le fait que l'approche psychosociale communautaire soit sous-tendue par une philosophie humaniste ou l'acceptation de la collaboration de toutes les parties affectées par les violences sexuelles et domestiques constitue un gage pour la réussite. Dans cette approche, aucun acteur n'est mis de côté. Plutôt que de cantonner les victimes, leurs familles et leurs soutiens dans une attitude de confrontation avec les auteurs, l'APC cherche à les associer à une dynamique de guérison partagée où chaque partie prend conscience non seulement de ses propres blessures, mais également de sa responsabilité dans la guérison des autres personnes affectées. En d'autres mots, l'APC ne positionne pas d'emblée les parties en conflit comme des ennemis en confrontation, mais comme des personnes blessées dont l'écoute mutuelle est un préalable pour recouvrer une santé mentale saine. En somme, l'approche communautaire encourage la complémentarité entre les groupes sociaux mais surtout les responsabilise à la prise en charge des problèmes qui sévissent au niveau local.

La publication du premier tome du manuel d'initiation à l'approche communautaire *Comprendre les violences sexuelles massives et répétitives* (Gasibirege, 2013) était le cadre de référence partagé. Ce manuel d'initiation met en évidence le fait qu'une approche communautaire remobilise le sens du lien entre la responsabilité personnelle et la solidarité des membres des communautés locales vivant à proximité. Elle permet de s'approprier les histoires individuelles en construisant une histoire dynamique, en instance d'unification revue et corrigée pour que chacun s'y retrouve et s'y reconnaisse. Elle permet donc de refaire la communauté sur la base des référentiels partagés.

Dans les faits, la conceptualisation de l'IAPI n'est pas venue se substituer à la mission et aux stratégies d'intervention des ONG partenaires mais plutôt les a nourries par une nouvelle méthode de partage d'expériences où les membres des communautés locales deviennent des acteurs de leur propre guérison.

L'implication de la communauté a contribué à recréer le lien social, la communication et à relancer les mécanismes de solidarité en son sein.

Le cadre de référence et la pratique de l'approche communautaire

La compréhension de la souffrance et la transformation à la fois individuelle et communautaire : l'approche communautaire sert de base théorique, technique et pratique à une démarche de thérapie d'une communauté touchée et traumatisée. Il s'agit de l'appréhension même de l'expérience du mal dont souffrent les survivantes de violences sexuelles au sein de leurs communautés et avec elles. Le mal dont elles souffrent est de l'ordre du deuil et se relève par le travail de deuil, de la traversée du processus de retour de la mort à la vie. Ce processus de transformation à la fois individuelle et communautaire passe par la participation à une série d'ateliers de conscientisation, de guérison et de projet de vie. Pour cela, l'ONG identifie les personnes ressources capables de reconstruire les potentialités de la communauté.



L'APC cible des personnes avec des rôles différents dans la communauté :

le travail communautaire s'est appesanti sur des groupes cibles diversifiés. Les interventions font appel à des personnes complètement différentes dans leurs rôles sociaux. Elles se réunissent pour réfléchir sur les violences dans la communauté et pour se soigner via l'approche communautaire. Il s'agit ici d'une « micro communauté » reconstituée dans le but de retisser les liens sociaux et permettre aux uns et aux autres de s'exprimer sur les violences actuelles dans la communauté. Selon le contexte de l'ONG, ce sont soit les personnes elles-mêmes qui ont eu la communication de ces activités (à travers les églises, la radio, les associations, etc.), soit les résultats de ces réunions communautaires d'où sort le besoin de cibler les activités différentes de protection ou de prise en charge des vulnérables touchés par les VSBG. La motivation de participer dans ce processus de conscientisation et de PEC communautaire peut alors varier. Les groupes communautaires mis en place jouent un rôle important notamment dans la gestion des conflits et sont de plus en plus reconnus par l'administration locale et les membres des communautés comme des acteurs de changement.

Trois dispositifs de groupes sont distingués:

trois sortes de groupes sont essentiellement mises en place, dépendamment de l'expertise des partenaires de mise en œuvre:

1. Les groupes de partage ont comme but d'échanger sur le vécu, les solutions ou stratégies pour faire face aux problèmes des VSBG. Ils sont composés de personnes avec des rôles différents dans la communauté, de façon hétérogène.

2. Les groupes thérapeutiques sont composés de 5 à 15 personnes travaillant sur le même type de problème auquel elles doivent faire face. Avec une composition homogène de participants qui bénéficient d'un soutien mutuel au sein du groupe avec l'aide des professionnels que sont les psychologues qualifiés, les groupes thérapeutiques sont aussi désignés sous le nom de « groupes de parole » ou « ateliers de guérison ».

3. Les groupes de solidarité peuvent atteindre jusqu'à 40 personnes, avec une composition homogène ou hétérogène. Leurs membres se regroupent autour d'un problème commun,

soit les AGR ; le plaidoyer, une caisse commune d'épargne, etc. Ils sont également désignés sous le nom de groupes d'entraide ; mutuelles de solidarité 'MUSO' ou comités d'alerte.

Dispositifs	Composition	Suivi	Durée	Nombre	But
Groupe de partage	Hétérogène	Facilité par l'ONG/APS	limitée	<30 personnes	Compréhension et stratégie
Groupe thérapeutique	Homogène	Accompagnement proche par un ou une psychologue	limitée	5-15 personnes	Stabilisation de l'état mental
Groupe de solidarité	Homogène ou hétérogène	Suivi par l'ONG/APS	non-limitée	<40 personnes	Empowerment et autonomisation

Le partage de l'expérience vécue est la méthode transversale :

cette méthode articule un espace de parole ou une mise en mots du vécu. La négociation des règles protège l'espace de parole et soutient l'accès à l'histoire personnelle et à ses blessures. Le traitement des blessures tant personnelles que communautaires et sociales est soutenu par l'éclairage théorique donnant un cadre de compréhension de l'histoire et des blessures. Cette méthode de partage et d'accompagnement de l'expérience vécue est renforcée par d'autres méthodes comme par exemple l'étude de cas, le partage des témoignages, les exercices de relaxation en groupes, etc. La démarche donne une place centrale à l'auto-guérison des groupes communautaires grâce à la parole échangée au sujet des histoires et des blessures ainsi qu'à l'expression des sentiments et à l'interprétation en commun. Ces ateliers de conscientisation restent l'un des moyens pour toucher en profondeur les communautés et espérer obtenir des changements à long terme.

Les trois niveaux de communauté et de les trois niveaux de communauté et de conceptualisation de l'Approche Psychosociale Communautaire (APC):

il y a plusieurs niveaux dans le travail communautaire des ONG. Le niveau 1 du village est la base des habitants de la localité. Au niveau 2, ce sont les groupes. Les villageois se regroupent et s'organisent dans des associations après les ateliers de partage. Au niveau 3 semi-professionnel, les participants des ateliers ont atteint un niveau semi-professionnel et un statut de personnes ressources pour la communauté. Ils ne sont pas payés et travaillent d'une manière volontaire. Parmi eux, il y a les animateurs des ateliers qui ont une expérience grâce au processus d'acquisition de compétences à travers les 7 étapes de conscientisation et de guérison, y incluse une formation de formateur. Le suivi professionnel à tous les niveaux est

très important pour assurer la qualité de PEC communautaire.

Communauté: Niveau 1	Village	tous les habitants d'un village ou d'une circonscription administrative locale
Communauté: Niveau 2	Groupes	les villageois qui participent à l'atelier proposé et les groupes ou associations organisés par ces villageois et accompagnés par l'ONG
Communauté: Niveau 3	Semi-professionnels	Participants aux ateliers de conscientisation et qui ont été formés comme personnes ressources (APS, ReCo et CPS).
		les APS, ReCo et CPS qui ont traversé les 7 étapes de conscientisation avec une formation de formateurs des ateliers de conscientisation et de guérison au niveau 2
ONG	Professionnels	Les professionnels de l'ONG avec leur staff d'animateurs psychosociaux, de conseillers psychosociaux, de psychologues, de travailleurs sociaux, de para-juristes, d'animateurs en réinsertion sociale, en santé, etc.

aussi les visites de suivi à domicile ainsi que la médiation familiale pour résoudre les conflits dans le couple ; les conflits dans la relation parents-enfants ou encore les conflits dans la famille élargie. Il est question de savoir comment et quand se focaliser sur telle ou telle autre sorte d'intervention. Le tableau comparatif suivant entre APC et API donne des indications intéressantes.

Les sept étapes dans le processus d'acquisition et de pérennisation des compétences durent au moins une année, avec des séances d'ateliers d'une moyenne de cinq jours par étape. Voici leur succession :

1. Prise de conscience de ses propres blessures de la vie et de celles des autres : atelier de conscientisation aux blessures de la vie ;
2. Décision d'engagement dans le processus de guérison des blessures comme individu et comme communauté ;
3. Participation à des ateliers de guérison : travail de deuil, gestion des sentiments, pardon et réconciliation, projet de vie ;
4. Formation à l'animation des ateliers de guérison : appropriation et transfert des compétences acquises ;
5. Animation des ateliers de guérison avec supervision professionnelle de l'ONG ;
6. Contribution à la vie de la communauté et à sa transformation grâce à l'exploitation des ressources propres aux individus et aux communautés ;
7. Suivi et évaluation du travail d'animation des relais communautaires et du processus de transformation des communautés.



Les dispositifs de PEC entre approche individuelle (API) et approche communautaire (APC): selon la mission de l'ONG, les dispositifs de PEC se focalisent plus ou moins sur des interventions communautaires ou individuelles. Le but de l'APC est d'intégrer les dispositifs de PEC de l'APC et de l'API et de créer des synergies. On intègre les trois dispositifs de groupe communautaire avec le travail individuel (case management) dans une PEC holistique qui inclut le soutien médical, juridique et psychothérapeutique. On y ajoute

Tableau 1. L'approche psychosociale communautaire (APC) et l'approche psychosociale individuelle (API) comparées

Approche Psychosociale	
Communautaire (APC)	Individuelle (API)
Les violences	
attribuées au collectif	attribuées à des personnes individuelles
Les blessures	
attribuées à des communautés	attribuées à des personnes individuelles
Les ressources	
Les communautés dotées de ressources cherchent les solutions	Une structure de santé étatique fonctionnelle soigne la personne blessée
Ownership	
Les réseaux primaires d'appartenance y compris les membres de famille, les amis et les voisins	L'état ou d'autres acteurs externes
Le rôle du professionnel	
Conseiller et « co-auteur » de l'action	« Expert » avec le savoir adéquat de l'action
Les dispositifs de prise en charge	
Les groupes homogènes et hétérogènes de partage et de solidarité	Case management holistique : médical, juridique, socio-économique et psychosocial
La communication	
Compréhension et conscientisation en groupe de partage sur base de l'écoute active	Compréhension et conscientisation individuelle guidée sur base de théories et techniques
Les normes et les valeurs	
Refondation par les communautés elles-mêmes	Sensibilisation et éducation des communautés
Les victimes et les auteurs	
Les soutenir pour devenir acteurs de changement	Sauver les victimes et punir les auteurs
Les groupes cibles	
Les acteurs et membres des communautés	Les individus distingués par leur vulnérabilité

Synoptique des ONG partenaires dans la mise en œuvre du programme

RAPI : Réseau Associatif pour la Psychologie Intégrale, travaillant dans les territoires ruraux avec siège à Bukavu. Zone d'intervention : territoires de Mwenga (Kasika, Mwenga centre et Kamituga), Kalehe (Bunyakiri et Kalonge), Kabare (Mudaka), Walungu (centre de Walungu), Fizi (centre de Fizi) et la Ville de Bukavu (Muhungu, Bilala, Kibombo, Panzi et Bagira)

RFDP : Réseau des Femmes pour la défense des Droits et la Paix, fondé en 1999 par deux femmes actives. Il a son siège à Bukavu. Zone d'intervention : territoires ruraux de Walungu et Mwenga. Le RFDP privilégie une conception résolument socio-politique, féministe et travaille sur les rapports de pouvoir qui relèguent les femmes au second plan dans la gouvernance de la société.

SOSAME : Le centre psychiatrique du Sud-Kivu SOSAME (pour Soins de Santé Mentale) a été fondé en 1994 par les Frères de la Charité à Bukavu. Il opérait dans les hôpitaux de référence de quatre zones de santé par le biais de consultants psychiatriques, avec deux centres psychosociaux communautaires dans deux zones de santé. Le centre assure une PEC en santé mentale dans les centres spécialisés et travaille sur les causes des VSBG et les réponses au niveau communautaire.

IAPI : Institut Africain de Psychologie Intégrale, pionnière dans l'approche psychosociale communautaire. Zone d'intervention : communautés locales de Mbazi, Ruhashya et Mageragere. Il adopte une approche plus psychosociologique qui est orientée vers la guérison communautaire des blessures causées par les VSBG.

HANDICAP INTERNATIONAL HUMANITY & INCLUSION RWANDA accompagne des organisations locales dans la mise en œuvre du PPR avec une attention particulière aux personnes vivant avec un handicap. Il a son siège à Kigali. Zone d'intervention : districts de Gasaabo (Ville de Kigali), Rutsiro et Rubavu dans la province de l'Ouest. Handicap International vise essentiellement la transformation des mentalités culturelles à la base des violences. Il a une démarche qui tient compte des pratiques culturelles.

SERUKA : Initiative Seruka pour les victimes du Viol (ISV) a son siège à Bujumbura. Elle gère un centre d'accueil et de prise en charge intégrée des victimes de VBG. Zone d'intervention : provinces de Bujumbura mairie, et les communautés de Cibitoke et Muramvya à partir des hôpitaux de province. SERUKA réalise des PEC dans les centres spécialisés de VSBG et travaille sur les causes des VSBG et les réponses au niveau communautaire.

Nturengaho : cette ONG a été créée à Bujumbura en août 1999 par un groupe de mères. Elle fournit un centre d'hébergement pour les jeunes filles enceintes. Zone d'intervention : communes de la Mairie de Bujumbura ; commune de Kiremba en province de Ngozi et celle de Mabanda de la province de Makamba. Nturengaho réalise des PEC des filles mères dans les centres spécialisés et travaille sur les causes des VSBG et les réponses au niveau communautaire.



Résultats des ONG partenaires du programme depuis 2011 jusqu'en 2018

RAPI

75 groupes communautaires avec 1595 personnes dont 573 survivantes des violences sexuelles

Résultats de la prise en charge psychologique : 1175 personnes, médicale : 112, réinsertion économique pour 787, actions de réintégration sociale pour 1357 personnes

RFDP

147 groupes communautaires avec 4100 personnes dont 1148 survivantes des violences sexuelles

Résultats de la prise en charge psychologique : 1469 personnes, médicale : 217, juridique : 35, réinsertion économique pour 348, actions de réintégration sociale pour 178 personnes.

SOSAME

35 groupes communautaires avec 1225 personnes dont 996 survivantes des violences sexuelles

Résultats de la prise en charge psychologique : 5871 personnes, médicale : 996, juridique : 119, réinsertion économique pour 750, action de réintégration sociale pour 2013 personnes.

IAPI

187 groupes communautaires avec 10265 personnes dont 1735 survivantes des violences sexuelles

Résultats de la prise en charge psychologique : 17123 personnes, médicale : 363, juridique: 295, réinsertion économique pour 2259, action de réintégration sociale pour 10 734 personnes

HI

443 groupes communautaires avec 51376 personnes dont 7587 survivantes des violences sexuelles

Résultats de la prise en charge psychologique : 17 795 personnes, médicale : 1321, juridique: 1973, réinsertion économique pour 13831, action de réintégration sociale pour 7068 personnes.

SERUKA

51 groupes communautaires avec 1274 personnes dont 231 survivantes des violences sexuelles

Résultats de la prise en charge psychologique : 11389 personnes, médicale : 10937, juridique: 3674, actions de réintégration sociale pour 1987 personnes.

NTURENGAHO

38 groupes communautaires avec 997 personnes dont 898 survivantes des violences sexuelles

Résultats de la prise en charge psychologique : 10030 personnes, médicale : 749, juridique : 3497, réinsertion économique pour 760, actions de réintégration sociale pour 4517 personnes.

Chapitre II. Compréhension du contexte : l'instabilité et les inégalités dans la région des Grands Lacs

La violence sexuelle pendant deux décennies d'instabilité

Depuis 1993 au Burundi, 1994 au Rwanda et 1996 en RDC, les communautés de la région des Grands Lacs africains ont été confrontées à des violences sans précédent commises en période de guerre et suivies par de longues périodes d'instabilité politique qui sont devenues endémiques dans la région. L'un des traits spécifiques de la région est que les conflits armés ont été accompagnés par des viols massifs dont l'ampleur défie la raison.

Au Burundi, le phénomène de viols de masse a été observé pendant la guerre civile qui a suivi l'assassinat du président Ndadaye en octobre 1993. Cette crise politique qui a duré une dizaine d'années a été à l'origine de plusieurs maux dont la dislocation des familles et la détérioration des mœurs. Les droits de la personne humaine ont été bafoués à grande échelle. Même en dehors de la période de conflit, la violence sexuelle a persisté au Burundi et les soins apportés aux survivant(e)s restaient insuffisants. Dans le cas du Rwanda, on estime qu'entre 250.000 et 500.000 femmes ont été victimes de viols massifs entre avril et juillet 1994 (Baines, 2003; Smeulers & Haveman, 2008). Les viols répétitifs se sont aussi répandus en RDC à partir de 1996 lorsque le conflit armé a éclaté dans ce pays. Ils ont surtout persisté dans les régions de l'Est où des milices armées sont actives jusqu'à nos jours. En 2006 par exemple, 27.000 cas de viols ont été recensés dans la seule province du Sud Kivu (African Research Bulletin, 2007).

Dans les trois pays, ces viols étaient accompagnés d'autres formes d'atrocités qui montraient clairement que les comportements des violeurs n'étaient pas motivés par le désir sexuel mais plutôt par la volonté d'humilier et de déshumaniser les victimes. Certains viols étaient accompagnés par la mutilation d'organes génitaux de la femme (Mukwege & al, 2010). D'autres étaient commis en public en présence des voisins, des conjoints ou des enfants des victimes (Reid-Cunningham, 2009). En conséquence, le traumatisme induit par ces crimes barbares n'affectait pas uniquement les victimes directes des viols mais aussi leurs familles et leurs communautés d'appartenance.

Le contexte de guerre a contribué également à la détérioration de la situation économique et sociale ; ce qui est illustré par les chiffres dans le tableau 2 sur le pourcentage de la population vivant en-dessous du seuil de pauvreté, l'espérance de vie et la situation de santé. En comparant les trois pays, on constate que le Rwanda montre dans tous ces aspects de vie plus de sécurité sociale que la RDC ou le Burundi.

Hormis le fait que l'instabilité politique offre un terreau favorable aux VSBG, certains traits et mentalités culturels observés dans les différentes communautés de la région des Grands Lacs africains véhiculent également des inégalités entre les genres qui sont des sources de violences, même en temps de paix. En outre, le phénomène de pauvreté généralisée dans les ménages est un des facteurs de fragilité des familles dans tous les trois pays. Dans un couple, les accusations de gaspillage se font en cas de carence : « Ceux ou celles qui n'ont rien à partager s'accusent mutuellement de gaspillage », affirme un proverbe !

L'enquête sur les *Connaissances, Attitudes et Pratiques* conduite par le Programme Psychosocial Régional de la DDC (2015) dans les trois pays fait ressortir différentes sources d'inégalités qui sont l'objet de la section suivante.



Tableau 2. Les 3 pays de la région des Grands Lacs comparés⁶

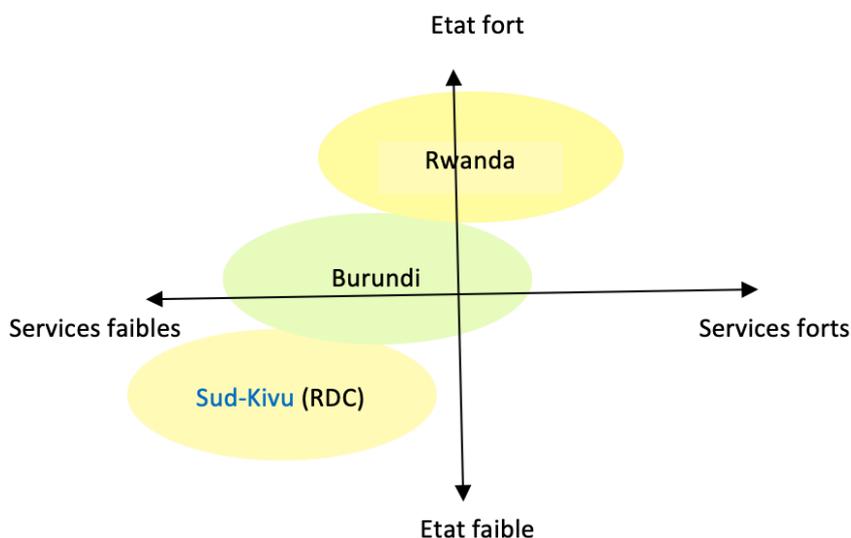
	Congo	Burundi	Rwanda	Suisse
% de la population vivant en-dessous du seuil de pauvreté	62%	68%	45%	-
Espérance de vie à la naissance (en années)	50 ans	54 ans	64 ans	80 ans
Taux de fertilité (nombre de naissances par femme= nombre d'enfants par femme)	5.98 enfants	6.08 enfants	4.56 enfants	1,43 enfants
Proportion de la population de moins de 20 ans	56%			19%
Dépenses de santé par personne et par année en USD	12\$	22\$	52\$	10000\$
Dépenses sanitaires publiques = % du budget de l'Etat	1.2%	13.2%	10%	12%
Nombre de médecins pour 10'000 habitants	1	< 0.5	19	36

⁶ Source : présentation en Suisse d'Ursula Salessé 2016.

(Données de la Banque Mondiale www.factfish.com, www.laenderdaten.de, 2016).

La différence entre ces trois pays se reflète aussi dans le tableau 3 relatif à la stabilité politique et à la disponibilité des services publics.

Tableau 3. Les trois pays comparés selon leur stabilité étatique et leurs services publics



Sources d'inégalité d'accès au pouvoir et de violence sexuelle

En premier lieu c'est la tradition patriarcale qui constitue une source potentielle d'inégalité d'accès aux ressources familiales. Elle érige le garçon en héritier légitime des biens de la famille alors que la fille est présumée hériter ailleurs, dans la famille de son mari. Parmi les familles, il y en a qui n'ont pas encore intégré dans leurs mentalités les évolutions actuelles des cadres légaux qui poussent de plus en plus vers l'égalité entre les genres.

Les choses ne se présentent pas mieux pour la femme en ce qui concerne notamment l'accès au pouvoir et à la prise de décision. En effet, beaucoup de proverbes de la région –véhicules par excellence de la sagesse populaire - découragent les femmes à prendre des positions fermes avec les autorités. Ils invitent implicitement les femmes à ne pas avoir confiance dans leurs potentialités intellectuelles et par conséquent, à se tenir à l'écart de l'exercice du pouvoir. Ils incitent les hommes à dénigrer les capacités de la femme et à minimiser son rôle dans la prise des décisions importantes. La femme digne de ce nom était tenue à la réserve et n'avait pas l'audace de s'exprimer ouvertement sur des questions brûlantes du moment. Les dictons rwandais, par exemple « *Nyirawamo* » (celle qui crie sans cesse, si elle ose prendre la parole) ou « *Ni ay'abagore* » (ce sont des idées de femmes, pour dire qu'elles sont farfelues) expriment cette inégalité (DDC, 2015).

Les femmes sont encore discriminées dans l'accès à la propriété et aux biens laissés en héritage par leurs parents (champs, bétail, immeubles). Certains maris sont réticents à ce que leurs épouses exercent des métiers rémunérateurs. D'autres restreignent leur liberté de mouvement, la continuation des études supérieures ou même leur participation dans la gestion de la chose publique. Il en résulte une faible participation des femmes à la gouvernance de l'Etat en RDC. Les parlements qui se sont succédés en RDC depuis 2004 n'ont atteint dans leur ensemble que 6 % de représentation féminine. Les choses ne se présentent pas mieux au niveau de la gouvernance communautaire car, en RDC, les fonctions dirigeantes dans les entités locales sont encore héréditaires. Ainsi donc, l'accès à la gouvernance locale est fortement soumis au principe du patriarcat. En l'état actuel, aucune des fonctions du conseil de sécurité du territoire (police, armée, administration) n'est occupée par une femme. Au Burundi, une évaluation de CARE & COCAFEM de 2017 sur la participation politique relève également le caractère inéquitable en ce sens que « la représentation des femmes n'est pas légalement garantie au niveau collinaire, dans les postes non électifs et dans les organes dirigeants des partis politiques ». Il existe « un code

des personnes et de la famille discriminatoire envers les femmes et favorisant les VSBG ».

Bref, des milliers de femmes sont encore reléguées aux besoins quotidiens du ménage. Ce sont presque toujours les femmes qui font la corvée d'eau et de bois de chauffage, préparent le repas avec du bois ou de la braise, font le ménage, lavent les vêtements, s'occupent des malades et des personnes âgées, portent et élèvent les enfants. Ce sont elles qui cultivent, transportent et vendent la plus grande partie des denrées alimentaires. Outre toutes ces responsabilités, de nombreuses femmes contribuent ou assurent totalement le revenu du ménage par le petit commerce, l'artisanat ou le transport à dos.

La banalisation du crime de viol et des violences faites aux femmes par la communauté est en partie à la base de l'impunité. Beaucoup d'injustices faites aux femmes prennent appui sur un mutisme culturel (surtout au Burundi et au Rwanda) empêchant la femme de révéler en public les violences et les injustices qui sont faites à son égard par l'homme. Cet état d'esprit fait qu'en cas de viol (surtout le viol conjugal), certaines femmes hésitent à faire recours aux structures de soins de santé ou à porter plainte à la police. Des témoignages du Burundi montrent que les violences sexuelles sont en majeure partie imputables à des membres de la famille proche, à des voisins ou à des collègues de travail. Les plus exposés sont des femmes dans les zones rurales où le système de santé et la justice sont moins accessibles.

Le degré de tolérance des pratiques de violences sexuelles et domestiques, de la polygamie, du mariage par rapt, du sororat et du lévirat diffère dans les trois pays. La polygamie présente une acceptation beaucoup plus grande en RDC (58,8%) qu'au Burundi (12,8%) (DDC, 2015). Parmi les trois pays, la RDC présente également le pourcentage le plus élevé de ceux qui pensent que l'enlèvement pour mariage ou mariage par rapt (27,4%), le lévirat et le sororat (50,4%), le rejet par la communauté et la répudiation d'une femme violée (17,1%) sont acceptables (DDC, 2015). On observe également dans la région certaines personnes qui, en cas de viol, voient encore d'un bon œil l'arrangement à l'amiable entre la famille de la victime et le violeur.

La pratique dite « *Gutera amashyiga* » stipule que pour avoir le droit de marier sa fille ou son garçon, une femme devrait avoir été frappée au moins une fois par son mari et être rentrée chez ses parents momentanément avant d'être renvoyée au foyer conjugal.

Une telle mentalité contribue à la banalisation des violences domestiques en ce sens qu'elle véhicule l'idée qu'être une femme battue est tout aussi ordinaire que marier sa fille ou son garçon. Il en résulte une transmission intergénérationnelle de la violence basée sur le genre comme cela ressort de cet extrait d'une interview avec un homme qui maltraitait sa femme :

« ... J'ai grandi en écoutant mon père dire à ma mère qu'en aucun cas il ne sera « inganzwa » (homme soumis à sa femme). Pour se faire respecter, il fallait la frapper. Ma mère était soumise tandis que mon père était le chef de notre famille. C'est lui qui prenait toutes les décisions familiales ; ma mère n'avait aucun mot à dire. Mon père battait ma mère fréquemment et elle nous empêchait de le dire à d'autres personnes. Nous avons grandi dans cette atmosphère dégradante. Plus tard, quand j'ai fondé mon foyer, je battais ma femme pour qu'elle me respecte, comme mon père m'en avait donné l'exemple. C'est moi qui devais tout gérer et ma femme n'avait aucune valeur à mes yeux. Je ne voulais pas qu'elle sorte de ma maison et je l'empêchais de parler aux autres. Quand elle prenait refuge chez ses parents, ma belle-mère lui disait de rentrer immédiatement pour éviter la honte familiale si elle restait car « c'est comme ça que le ménage se construit » (« subira iwawe, niko zubakwa »).

Homme de Gasabo, Rwanda, 53 ans.

Les aspects des sources d'inégalité sont aussi influencés par la compréhension de l'Etat. L'essentiel des fonctions de l'Etat dans les sociétés traditionnelles de la région des Grands Lacs était l'affaire des sages de la communauté d'appartenance. Dans un tel contexte, la prévention des comportements socialement répréhensibles comme le viol était essentiellement assurée par le principe de la protection mutuelle. Les jeunes étaient éduqués à la solidarité et à la responsabilité envers soi et envers les autres. Si un problème arrivait, chaque membre de la communauté se sentait en quelque sorte responsable de ses voisins et de ses voisines. La philosophie de vie dans les sociétés traditionnelles confrontées à l'hostilité de la nature et des nations voisines pourrait en quelque sorte être résumée par cette anecdote : « *Si vous êtes seuls, vous êtes perdus. Soyez solidaires, unissez vos efforts et vous survivrez !* ». A notre sens, c'est cette philosophie de vie dont beaucoup de traces sont encore visibles surtout dans les milieux ruraux (à travers le transport des malades à l'hôpital, l'organisation des mariages, la participation aux enterrements, etc.) qui fait que l'approche psychosociale communautaire a été accueillie très favorablement par les membres des communautés locales.

Le contexte burundais : la place précaire de la jeune fille

L'éducation à la place inférieure de la fille et à sa soumission

Dans la société traditionnelle burundaise, la fille est considérée et éduquée en fonction du rôle d'être une mère, une épouse et une maîtresse de foyer. Son éducation familiale est très dure par rapport à celle qui est donnée au garçon. Elle doit apprendre à servir toute sa famille et à accomplir le plus gros des tâches ménagères, constituant de ce fait une main d'œuvre précieuse. En effet, une fois mariée, on attend de la fille qu'elle mette au monde beaucoup d'enfants, de préférence de sexe masculin. En tant qu'épouse, la femme a le devoir de respect et d'obéissance envers son mari et sa belle-famille. En outre, la femme veille à la bonne gestion des biens familiaux, essentiellement comme usufruitière.

Le garçon quant à lui est éduqué pour devenir un héritier et chef de famille à l'image de son père. La référence est souvent faite au droit coutumier qui accorde un statut privilégié au garçon. La législation burundaise néglige la dimension genre. Ainsi, les filles et les femmes n'ont pas encore droit à l'héritage et la loi sur la succession maintes fois réclamée suscite encore des polémiques chez les décideurs.

Malgré la mesure présidentielle qui consacre la gratuité de la scolarisation depuis 2005, l'accès des filles à l'éducation se heurte à de nombreux obstacles notamment les tâches ménagères, les problèmes familiaux, la pauvreté dans les ménages mais aussi les grossesses non désirées et parfois suites aux VSBG. Du fait que l'éducation sexuelle demeure un sujet tabou dans la culture burundaise, peu intégrée dans les programmes scolaires et que les éducateurs n'ont pas de cadre approprié pour en parler, les enfants ramassent ici et là des informations sur la sexualité qui sont parfois erronées, les exposant à des rapports sexuels non protégés.

Pour toutes ces raisons, l'on observe nombre de cas de mariages précoces et d'abandons scolaires dus aux grossesses non désirées. Les filles non scolarisées comme celles déscolarisées connaissent des difficultés socioéconomiques, ce qui hypothèque leur intégration communautaire. En vue de s'assurer une autonomie financière, beaucoup d'entre elles quittent leurs familles et se rendent dans les centres urbains à la recherche du travail. Lorsqu'elles en trouvent, c'est généralement le travail domestique qui est à leur portée avec beaucoup de risques d'être victimes d'abus sexuels. En effet, ces filles encore mineures travaillent sans contrat ni directives claires et de surcroît avec

un salaire très bas. Elles sont sans protection dans leur milieu de travail.

Même si la fille a pu se marier avant d'avoir une grossesse non désirée, il existe des risques de violence conjugale. Le rite coutumier de payer la dot avant le mariage est perçu non pas comme une reconnaissance symbolique mais plutôt comme une rémunération souvent coûteuse. Une femme en témoigne : « Alors que je n'étais pas prête pour faire des rapports sexuels, mon mari m'y obligeait en me disant que c'est pour cela qu'il avait versé la dot ». La monétarisation de la dot dénature les rapports de couple. Tout se passe comme si le mari paie pour disposer du corps de sa femme !

Les grossesses de mineures, le rejet et les enfants non-désirés

« A la suite du décès de mes parents, j'ai été élevée par mon frère qui me viola un jour. Je suis tombée enceinte suite à ce viol. Quand il a appris que j'étais enceinte, il a pris fuite dans un endroit qui m'est resté inconnu. En me confiant à sa femme, celle-ci a tout de suite informé les autres membres de la famille qui n'ont pas aimé que je continue d'en parler parce que c'est horrible. J'ai subi des menaces de mort de la part de mon frère qui m'écrivait des lettres m'ordonnant de quitter sa maison ».

Fille de Ngozi, Burundi, 17 ans

La proportion d'adolescentes ayant déjà commencé leur vie féconde augmente rapidement avec l'âge, passant de 0 % pour les 15 ans à 29 % pour les 19 ans, âge auquel 22 % des jeunes filles ont déjà eu au moins un enfant d'après l'Enquête Démographique et de Santé au Burundi (EDSB-III, 2016-2017) de l'Institut de Statistiques et d'Études Économiques du Burundi (ISTEEBU). Certaines de ces grossesses sont la conséquence des VSBG commises souvent par des proches y compris des cas d'inceste. Le phénomène des grossesses en milieu scolaire prend une allure inquiétante.

En effet, selon le rapport annuel du Ministère de l'Enseignement de Base et Secondaire, de l'Enseignement des Métiers, de la Formation Professionnelle et de l'Alphabétisation, au cours de l'année scolaire 2011-2012, sur 6.120 élèves réintégrant l'école après un abandon pour causes diverses, 1.000 filles, soit 16%, avaient interrompu leur scolarité pour raison de grossesse. Selon le même rapport, 1.287 cas de grossesses non désirées ont été enregistrés dans les écoles secondaires et 707 dans les écoles primaires au cours de l'année scolaire 2010-2011. Le phénomène de copinage conjugué à l'immaturité expose beaucoup de

jeunes filles à des grossesses non désirées.

Au Burundi, la grossesse hors mariage constitue une honte tant pour la fille qui en est victime que pour sa famille indépendamment des circonstances qui l'ont occasionnée. Les parents subissent un choc quand ils apprennent que leur fille est tombée accidentellement enceinte. Ils utilisent les expressions suivantes pour traduire leur état d'âme : poignard au cœur, coup de tonnerre, attaque de démons, grande désolation, contrainte de contenir la situation, traumatisme, pleurs, naissance d'une haine en famille, etc. Les relations parents et enfants vivent au rouge entraînant une crise de confiance entre eux. Un sentiment de rejet amène certains parents à battre leurs filles enceintes, d'autres regrettent les frais scolaires dépensés pour l'instruction de la fille ou même carrément d'avoir mis au monde une fille.

Les familles et la communauté rejettent les filles enceintes et parfois les abandonnent à leur sort. Personne ne leur apporte un quelconque soutien alors que c'est le moment où elles ont le plus besoin d'être soutenues émotionnellement et matériellement. En effet, la jeune fille enceinte jette le discrédit sur sa famille qui, à son tour la rejette et la chasse. Elle-même se sentant moins aimée et moins soutenue, peut choisir volontairement de fuir le toit parental pour une destination inconnue. La jeune fille scolarisée conséquemment perd automatiquement le droit à l'instruction.

La situation est encore beaucoup plus complexe pour les filles employées comme domestiques qui tombent enceintes. Les familles employeuses les chassent automatiquement et elles sont contraintes d'errer dans les rues sans aucune assistance. Dans leur état de désespoir, d'angoisse et d'extrême pauvreté, elles courent le risque de subir davantage de violences diverses.

Tenant compte des conditions précaires ci-haut décrites, les jeunes filles enceintes choisissent de recourir aux avortements clandestins – la loi dans les 3 pays interdisant l'avortement volontaire – malgré les conséquences qui en découlent en vue d'échapper au châtement familial et communautaire, quand d'autres décident de tuer leurs enfants à la naissance ou simplement de les jeter ou les laisser dans des lieux publics. Abandonnées à leur sort, les filles enceintes ne font pas de consultations prénatales. Elles accouchent généralement dans des endroits non sécurisés médicalement et ce, pour diverses raisons : d'une part, elles n'ont pas l'âge requis pour avoir accès à la carte nationale d'identité exigée dans les milieux de soins afin de bénéficier de la gratuité, d'autre part, elles se culpabilisent et se sentent couvertes de honte et de surcroît, elles n'osent pas s'aligner dans le groupe des femmes enceintes mariées et fières de leurs grossesses.

Ces jeunes filles contraintes aux relations sexuelles souvent non protégées courent le risque d'une grossesse non désirée et risquent d'attraper le VIH Sida. En 2017, le taux de prévalence chez les adultes de 15 à 49 ans était de 1,0% [0,8% - 1,3%]⁷. Les enfants issus du viol qui ont échappé à l'infanticide ne jouissent pas pleinement de leurs droits car ils sont aussi stigmatisés et discriminés que leurs mamans. Rarement et difficilement reconnus par leurs pères, ils ont des difficultés à être inscrits dans les registres de l'état civil.

7. <http://www.unaids.org/fr/regionscountries/countries/burundi>

La persistance de l'impunité à l'égard des auteurs des violences sexuelles

Les auteurs du viol qui sont généralement des gens de l'entourage des victimes sont souvent connus mais ne sont pas dénoncés par crainte de représailles et parfois suite à la corruption. En effet, à la faveur de la méconnaissance de la procédure pénale, les auteurs recourent régulièrement à des arrangements à l'amiable par l'octroi des pots de vins ou autres biens matériels afin de convaincre les victimes de ne pas les dénoncer et parfois à accepter de conclure le crime par le mariage indépendamment de leurs âges respectifs.

Par ailleurs, en cas de plainte de la part des victimes ou de leurs familles, les auteurs sont rarement poursuivis et demeurent dans l'impunité. Lorsqu'ils sont arrêtés, -ce qui est rare-, ils ne sont pas punis à la hauteur du crime commis ou alors ils sont vite relâchés pour des raisons de corruption ou qui demeurent inconnues des victimes et de leurs familles. Du fait que souvent les plaignants ne reviennent pas pour apporter les éléments à charge contre les agresseurs et que ces derniers doivent être restaurés, les services pénitentiers finissent par relâcher les criminels présumés.



Le contexte du Sud-Kivu : la fragilité, les soins et les exclusions

Depuis 1996, la RDC a traversé des périodes de guerre, de conflits armés et d'instabilité politique caractérisées par des violations flagrantes des droits humains et plus particulièrement des violences sexuelles massives et répétitives contre les femmes et les jeunes filles, surtout dans la région Est du pays dans la province du Kivu. La situation sécuritaire au Sud-Kivu reste encore fragile, de sorte que la population est obligée d'être souvent mobile et de s'adapter à cet état d'incertitude. Cette population met en œuvre de nombreuses stratégies de survie, comme celle de chercher refuge dans les zones sûres, ce qui entraîne un accroissement de la population dans ces régions. Les hommes abandonnent fréquemment les foyers, lorsqu'ils ne sont pas tués. Ainsi tout le poids de la famille retombe sur les femmes qui sont en même temps exposées aux multiples formes de violences. La précarité de la femme est aggravée par la persistance de l'instabilité politique et de l'insécurité qui en résulte ; de même que la destruction des structures familiales et du tissu social. Les populations sont entrées dans un état de désarroi, de peur et de désespoir.

De l'ignorance de la souffrance psychique aux réponses des ONG : la maison d'écoute

Ce phénomène de viols massifs interpellait les ONG par des formes particulières de traumatismes et demandait une intervention dépassant le cadre médical existant. Les centres de prise en charge des victimes des violences sexuelles se limitaient à quelques structures offrant des services réduits, insuffisants, de qualité médiocre et avec très peu d'appuis réguliers⁸. Au niveau communautaire, les sages coutumiers considéraient la question des violences sexuelles comme un sujet tabou qu'ils traitaient dans la stricte confidentialité. De nombreuses victimes cachaient ce qui leur était arrivé. La population était ignorante des conséquences des violences sexuelles qui pourtant constituaient une source importante de traumatismes et de maladies sexuellement transmissibles dont le VIH/SIDA. Parfois, des rites traditionnels de purification étaient organisés pour quelques victimes, assimilant ainsi les violences sexuelles aux malédictions.

Dans les années 2000, les ONG ont commencé à aider plus efficacement les femmes et les filles victimes de viols et violences sexuelles⁹. La réponse offerte aux victimes de ces viols s'est organisée en quatre volets : médical (biologique), psychosocial (mental), économique (réinsertion) et juridique.

Dans le volet psychosocial, trois méthodes étaient utilisées : l'écoute active, la médiation familiale pour la réduction du rejet et la participation dans les groupes de soutien. De ces trois méthodes, l'écoute active était de loin la méthode d'accompagnement la plus utilisée (UNFPA, 2013). Les groupes de soutien étaient des espaces soutenant l'expression des émotions, par les pairs, liées à l'expérience de la souffrance traumatique due au viol. Cette approche psychosociale était portée principalement par des acteurs humanitaires sur un principe de gratuité. Pour pallier à la carence en ressources humaines, des Assistants Psycho-Sociaux (APS) étaient formés en deux ou trois jours. Ce sont eux qui écoutaient les victimes selon un modèle biomédical, c'est-à-dire asymétrique de l'aidant (soignant) –savant, face à l'aidée (patiente, assistée, victime) –ignorante, dans de petits centres servant de refuge ou de point de regroupement pour les victimes afin qu'elles puissent facilement recevoir une aide psychologique et une référence médicale. Ces structures de proximité appelées "maisons d'écoute" ou "points d'écoute", étaient destinées spécifiquement aux femmes et filles violées. Mais il y avait le risque de l'étiquetage. Selon le Comité International de la Croix-Rouge (CICR), entre 10% et 15% des victimes identifiées via les maisons d'écoute faisaient face à des problèmes de rejet¹⁰.

8. Plan d'action du gouvernement de la République Démocratique du Congo pour l'application de la Résolution 1325 du Conseil de Sécurité des Nations Unies, Mars 2013

9. Résultat de l'enquête menée en janvier 2017 par RAPI dans ces centres d'accompagnement psychosocial communautaire.

10. <https://www.icrc.org/fre/resources/documents/interview/congo-kinshasa-interview-020309.htm>, consulté le 28 février 2017.

Le viol, facteur d'exclusion sociale

« La reviviscence traumatique au cours des cauchemars témoigne de la force mystique jetée par le violeur sur la victime ! J'étais persuadée que la maladie mentale était incurable. Alors, nous avons sillonné des chambres de prières croyant qu'il s'agissait d'une possession ».

Femme du Sud-Kivu, dans le centre SOSAME

L'expérience des victimes du viol a attiré l'attention des ONG sur la question de la stigmatisation comme un des déterminants de la souffrance psychique après l'agression (Kwakya, 2015). Bien plus, le constat n'était que le traumatisme affectait la cohésion sociale au sein même des familles et entre les membres des communautés. En effet, nombre de femmes étaient abandonnées par leurs maris après avoir été victimes de viol.

D'autres s'excluaient elles-mêmes estimant ne plus être dignes de rester dans leur foyer après un tel événement. Des hommes aussi s'exilaient ou abandonnaient leurs foyers à cause de la honte. Cette exclusion a paru avoir un lien, à plusieurs égards, avec les prescrits de la culture (Kwakya, 2015). Il devenait évident que la souffrance traumatique était une conséquence de l'interaction entre une susceptibilité individuelle, un événement traumatogène et un contexte social (Auximéry, 2012). Ainsi, les VSBG ont fini par mobiliser l'attention de plusieurs acteurs. En même temps ces interventions ont augmenté le risque de l'exclusion des victimes.

La situation de précarité remettait et remet encore en cause la continuité des soins, la participation aux frais de consultation, l'achat éventuel des médicaments nécessaires ou le paiement des frais de transport jusqu'aux centres spécialisés. L'autre défi de taille a enfin trait au contexte général des interventions dominées par l'action humanitaire et un faible intérêt pour la participation communautaire au paiement des frais des services et qui maintient les victimes dans une posture attentiste, passive, de receveur de dons sans contrepartie. Cet état des faits sape l'essence même de la communauté selon l'entendement des sociologues qui voient dans la solidarité, le don et le contre-don, le fondement même de la communauté. Le défi était donc de travailler avec une population habituée à ce système de charité et qui voit dans toute intervention une occasion de consommer sans chercher à participer à sa propre guérison.

La pacification des zones affectées par les guerres a eu comme effet la réduction des violences sexuelles et la stigmatisation. Ceci a augmenté la fréquentation des centres de santé ainsi que d'autres services de prise en charge par les victimes, de même que leur implication dans des activités de développement. Malheureusement, les questions de violences domestiques ont perduré, entretenues par des pratiques traditionnelles fondées sur le patriarcat.



Le contexte rwandais : la profondeur des blessures

Les facteurs multiples du traumatisme

La société rwandaise a été caractérisée par de multiples blessures qui affectaient non seulement les individus mais également les relations sociales entre les membres des communautés vivant à proximité. Rien qu'en considérant les statistiques d'une étude exhaustive réalisée plus d'une décennie après le génocide par Munyandamutsa N. et Mahoro Nkubamugisha P. (2012), on remarque combien les blessures de la vie sont toujours répandues dans toutes les sphères de la société rwandaise. Cette recherche a notamment montré que 79,4% de la population ont été exposés à un événement traumatique au cours de leur vie ; que 28,4% de la population souffraient du traumatisme tandis que 53,93% souffraient de dépression associée au traumatisme.

Les blessures de la vie émergeant des partages d'expériences ont progressivement fait comprendre que le génocide, la guerre et l'exil n'étaient pas les seuls facteurs à l'origine du taux élevé de traumatisme et de dépression mis en évidence par beaucoup d'études antérieures. Les ateliers de partage ont montré que le processus de guérison communautaire n'implique pas nécessairement des personnes partageant les mêmes types de souffrances. Tant que les participants se sentaient dans un espace protégé où chacun était prêt à écouter la souffrance de l'autre sans le juger, le rescapé du génocide parvenait à écouter le prisonnier libéré ; la femme battue écoutait son mari devenu dépendant à l'alcool et vice versa !

L'omniprésence des violences sexuelles et domestiques dans les cercles familiaux

« J'ai beaucoup maltraité ma femme. J'étais ivrogne, agressif, monstre, impitoyable et infidèle. Je ne subvenais pas convenablement aux besoins de ma femme et mes enfants alors que c'était moi qui gérais tout l'argent. Ma femme n'avait aucun droit d'y toucher. Un jour j'ai failli tuer ma propre femme. J'ai couru derrière elle avec un couteau et elle s'est enfuie chez la voisine. Je ne peux pas oublier le jour où elle a été hospitalisée à cause de moi. »

Un homme de Rutsiro, Rwanda, 58 ans

Les analyses ont montré clairement que les violences sexuelles et domestiques y sont pour beaucoup. Une étude interne de Gasibirege S. a mis en évidence le fait que la violence est omniprésente dans les foyers bien plus que beaucoup de personnes ne l'imaginaient et

« J'ai vu le sang en train de couler sur le visage de ma mère, après avoir été battue par mon père avec un gros bâton sur la tête... »

Enfant de Rutsiro, Rwanda, 8 ans

ne voulaient l'accepter. Les gens ont plus de risques d'être agressés par des parents proches et des amis que par de mythiques étrangers. L'omniprésence des violences sexuelles et domestiques dans les cercles familiaux et les communautés d'appartenance crée des conditions psychiques et sociales dans lesquelles le traumatisme se nourrit et se propage. L'homme et la femme s'enfermaient chacun dans leur monde, ou plus exactement dans leurs blessures et leurs rancœurs du passé qui les empêchaient de prendre conscience de la souffrance, des besoins et des aspirations de leur partenaire ! Une étude de l'UNIFEM (2008) indique qu'en général, les violences et agressions subies par les femmes sont manifestement plus importantes au sein du couple par rapport aux autres cadres de vie (public, environnement familial et proche). Dans les 3 zones d'intervention de Handicap International, à Rutsiro, Rubavu et Gasabo, les violences domestiques ont été constatées dans près de 1.409 ménages au cours de l'année 2015 et dans 863 ménages en 2016 (rapport annuel 2016 de HI). L'espace «privé» de ce genre de violences les rend souvent peu visibles et inconnues des voisins et des autorités de base. Tout se passe derrière des portes closes. Souvent, les systèmes juridiques et les normes culturelles considèrent les violences sexuelles et domestiques comme une affaire de famille ou une partie normale de la vie. Un travail en profondeur est encore nécessaire au sein même de la communauté et des familles pour un changement de mentalités et d'attitudes vis-à-vis des violences liées au genre.

Les conflits économiques, tels que le partage non équitable ou l'appropriation du patrimoine familial ou conjugal (biens fonciers ou matériels communs), les cas d'infidélité, la polygamie, l'alcoolisme et la toxicomanie sont autant de facteurs qui conduisent le plus souvent aux conflits familiaux puis aux violences domestiques constatées dans plusieurs ménages.

Les conséquences des violences domestiques sont multiples, englobant notamment les problèmes socio-financiers, les problèmes de santé, où les victimes peuvent souffrir des séquelles physiques ou psychiques. Souvent dans les familles marquées par les violences domestiques, les parents en conflit ne peuvent plus exercer convenablement leurs rôles et responsabilités parentaux, entraînant en même temps des effets néfastes et dévastateurs sur les enfants qui y sont exposés et qui en sont régulièrement témoins.

La guerre et le génocide de 1994 ont laissé des milliers d'orphelins. Certains enfants sont devenus chefs de ménages, d'autres sont même devenus des « enfants-parents de leurs propres parents » suite à la fragilité de ces derniers (maladies, dépression, alcoolisme, etc.). Selon Le Goff & Garrigues (1994), ce phénomène appelé « parentification » se définit comme un processus interne à la vie familiale qui amène un enfant ou un adolescent à prendre des responsabilités plus importantes que ne le vaudraient son âge et sa maturation et qui le conduit à devenir un parent pour ses parents. Les jeunes n'ayant pas eu de modèle parental ont rejoint des groupes de pairs et certains se sont adonnés à l'addiction aux drogues et ont adopté d'autres comportements à risques tels que la prostitution, l'errance, le vagabondage sexuel, le viol, le vol, etc. Ces comportements posent une question fondamentale en rapport avec leur futur : quel type de personnes sont-ils quand ils deviennent des parents eux-mêmes ?

Ces enfants chefs de ménage avec un comportement à risques présentent davantage de problèmes de santé : retard de croissance, maux de tête, troubles du sommeil, etc. En plus, ils souffrent fréquemment de troubles de l'adaptation : phobies scolaires, angoisse de séparation, hyperactivité, irritabilité, etc. Par conséquent, ils rencontrent des difficultés d'apprentissage avec des troubles de la concentration, sans oublier des troubles du comportement.

Les recherches internes dans les trois zones d'intervention de Handicap International ont montré qu'en 2015, 1.358 enfants ont été identifiés comme victimes indirectes des violences domestiques, dont 718 filles et 640 garçons, tandis qu'en 2016, ils étaient 579 dont 352 filles et 227 garçons. Parmi eux, la plupart étaient des enfants qui se repliaient sur eux-mêmes ; qui étaient tristes, agressifs ; avaient des retards scolaires ou avaient carrément abandonné l'école.

Ainsi, malgré les efforts importants fournis par le gouvernement et la société civile, les conflits familiaux subsistent au sein des ménages. La résistance culturelle basée sur le genre constitue une barrière au niveau de la communauté et des familles. Elle complique les démarches vers le changement.

Chapitre III. Exemples de bonnes pratiques : trois modèles de l'approche psychosociale communautaire

Trois modèles de l'APC sont ressortis comme « bonnes pratiques » de ce processus de capitalisation. *Modèle 1. Le centre spécialisé : devenir accessible et proche de la communauté ; Modèle 2. Les maisons communautaires : écoutons-nous, éduquons-nous et protégeons-nous les femmes ! Et le Modèle 3. La réunion des familles : de la violence à la parentalité positive.* Ces trois modèles servent à comprendre la diversité de l'approche psychosociale communautaire et les possibilités de la contextualisation en lien avec les besoins de protection et de prise en charge psychosociale ainsi que la créativité qui en résulte.

Tous les trois modèles demandent des conditions préalables pour être réalisés. Ces conditions sont expliquées dans le tableau 4 ci-dessous.

Tableau 4. Conditions pour la réalisation des modèles de l'approche psychosociale communautaire

Modèle 1. Le centre spécialisé – devenir accessible et proche de la communauté

Le modèle 1 a été développé au Sud-Kivu et au Burundi pour réagir aux lacunes des services de soins ; aux exigences des traumatismes après les violences massives et répétitives ; aux problèmes de stigmatisation de la fille et de la femme ainsi qu'aux défis de leur intégration. Il s'agit d'un processus institutionnel de sortir du centre spécialisé en lien avec un travail psychosocial communautaire. Le modèle a été réalisé par les trois centres de prise en charge médicale et spécialisée Seruka, SOSAME et Nturingaho. Le but de ces organisations était de développer des structures de prise en charge psychosociale accessibles et proches au sein des communautés, et aider à la réintégration des survivantes dans leur milieu et dans leurs familles.

Sud Kivu - Le Centre SOSAME :

SOSAME offrait à ses débuts des soins beaucoup plus biomédicaux. Unique service de soins de santé mentale dans la province du Sud-Kivu, il constitue le centre psychiatrique provincial de référence. Cette structure a fait face aux réalités des VSBG qui l'ont poussée à évoluer dans ses manières de penser la prise en charge des femmes et survivantes des VS. Le premier défi a été d'assurer la couverture géographique dans une province dont la superficie est de 65.103 km², avec une population estimée à 5 millions d'habitants, en proie à l'insécurité et presque sans voies de communications. Ouvrir des antennes dans différents districts sanitaires était trop coûteux. Monter des équipes mobiles de soins psychiatriques s'avérait non réaliste vis à vis du grand nombre de patients. SOSAME a alors pensé à une intégration de la santé mentale dans les soins primaires selon les recommandations de l'OMS de 2001 sur lesquelles s'est alignée la RDC dans le Plan National Santé Mentale de 2004. Des formations ont alors été organisées en ce sens à l'intention des médecins, des infirmiers, jusqu'aux relais communautaires dans les quatre zones de santé du projet. Mais les limites de l'accès aux soins demeuraient à cause de la stigmatisation envers les personnes ayant des problèmes de santé mentale et d'un système d'aide vertical et paternaliste. De la prise de conscience de ces limites a jailli

Communauté	Il faut avoir des membres de communautés engagés dans la lutte contre les VSBG. Il faut en plus des lieux de rencontre offrant un minimum de protection pour garantir un espace protégé pour le partage, une confidentialité et des terrains pour les activités communautaires et « projet de vie », par exemple des champs communautaires, etc.
Réseau	Il faut un réseau entre l'ONG de mise en œuvre, d'autres services de PEC spécialisés et les activités communautaires dans le processus de prévention et de réponse aux VSBG.
ONG	La présence d'une organisation accompagnatrice dotée de ressources humaines et matérielles est la base du succès. En plus, il faut un personnel qui a des connaissances sur les problèmes liés aux VSBG et des expériences pratiques de prévention et de PEC.

l'idée de santé mentale communautaire que les documents normatifs de la Politique Nationale de Santé Mentale (PNSM) et de l'OMS recommandaient sans en donner clairement le protocole. La PNSM reste bien éloignée des valeurs d'une participation communautaire.

Burundi - Le Centre Seruka :

Seruka a été le pionnier dans la prise en charge des survivants de violences sexuelles, dans une période où la violence sexuelle était taboue et où la communauté n'osait pas en parler, et moins encore les survivantes. Ce centre, fondé et financé au début par Médecins Sans Frontières (MSF) a offert des soins gratuits sur la base d'une approche globale (PEC médicale, psychosociale et références juridiques) et a démontré, à travers les statistiques, que le viol est un problème réel et aussi une arme de guerre dans la crise burundaise. Le Centre a initialement donné priorité à l'offre des services centrés sur l'individu. L'ouverture des antennes dans les communautés n'était pas dans les priorités ni dans la stratégie du centre, sauf les quelques activités d'information – éducation – communication (IEC) en rapport avec la promotion des services sur l'urgence médicale de 72 heures en cas de viol. Initialement, la relation entre le Centre Seruka et la communauté restait limitée et inexploitée. Il se posait alors des problèmes dans le suivi des survivantes qui ne respectaient pas les rendez-vous. De plus, la réintégration communautaire et sociale restait problématique. On observait notamment une méfiance de la communauté envers le personnel du Centre Seruka et le rejet des survivantes qui étaient mal accueillies ou stigmatisées à leur retour dans leur communauté. Les groupes communautaires mis en place par MSF étaient des groupes pour seulement informer et orienter les survivantes sur l'urgence médicale de 72 heures en cas de viol. Les victimes étaient vues comme passives ou dépossédées de leur vie.

Burundi - Le centre Nturengaho :

Depuis 2003, l'association Nturengaho s'engage pour les jeunes filles. Elle assure un hébergement et divers services (juridique, administratif, socio-économique) à de très jeunes femmes victimes de violence souvent enceintes. Leur mission était d'abord un soutien d'urgence pour ce groupe vulnérable, confronté au problème d'une paternité inconnue. L'association accompagne les filles surtout pendant les dernières semaines de la grossesse, pendant l'accouchement et pendant les premières semaines du nouveau-né. Mais cette intervention d'urgence n'a pas suffi ; c'est pour cela que les femmes de Nturengaho se sont appropriées de l'approche psychosociale communautaire afin d'améliorer la réinsertion sociale de la jeune fille et de son nouveau-né.

La finalité des centres : passer d'une communauté passive assistée (**victime**) à une communauté active et participante à sa santé, à sa reconstruction, à son bien-être et à la lutte contre les VSBG (**acteur de changement**).

Les objectifs sont :

- Lutter contre la stigmatisation et pour la promotion de la réinsertion sociale des survivants des VSBG
- Lutter contre les croyances stigmatisantes sur les maladies mentales et les personnes qui en souffrent
- Aider les familles et les communautés à prendre en charge leurs membres
- Offrir aux communautés des services de soins de qualité, décentralisés et intégrés dans les soins primaires
- Promouvoir la lutte contre les VSBG et la santé mentale par l'APC intégrée dans le système de PEC

Commencer le processus d'intégration de l'APC : de la complémentarité des acteurs à l'action synergique

Le processus d'intégration de l'APC prend parfois jusqu'à quatre ans en fonction des communautés, des ressources disponibles en termes de personnes et de temps. Dans la mise en place de l'approche, les survivantes étaient considérées comme actives et responsables dans leurs actions de demander un accompagnement psychosocial et de créer des groupements de victimes. Elles se sont associées en groupes. Les prestataires quant à eux, ont fait des réunions en réfléchissant sur les limites de l'approche individualisée et sur l'APC, et ont intégré l'APC dans leur plan d'action. Les personnes engagées dans la communauté ont aussi été considérées comme actrices, réunies entre elles, facilitées dans les réflexions sur leur rôle dans la prévention et la réponse aux VSBG.

Associés dans les stratégies développées, les prestataires ont fondé des comités d'alertes, des groupes solidaires, de partage et de parole et ont structuré le réseau des victimes. Afin de comprendre eux-mêmes les dimensions psychosociales différentes des VSBG, un expert externe a géré un processus de conscientisation en équipe avec le staff impliqué. Afin de mettre à jour la complémentarité des acteurs et actrices mais aussi les ressources diverses de la communauté, il faudra considérer effectivement les autorités étatiques nationales et locales, ainsi que les leaders communautaires

dans la coordination des intervenants dans la lutte contre les VSBG. Un cadre d'échange entre les experts sur les VSBG a favorisé cette fonction des leaders communautaires (à voir aussi dans le tableau 3).

et contre-référence se constitue entre le centre et les communautés. Le centre devient important pour le "recrutement" de futurs membres des groupes. En effet, ce sont ces derniers qui, une fois de retour dans la communauté, seront aussi orientés au besoin dans les groupes. Ces groupes communautaires sont constitués par des personnes d'une même localité vivant ensemble les effets des VSBG sur eux-mêmes ou leurs familles ou encore leurs entourages. Ce sont des personnes victimes des VSBG en tant que groupe cible direct (en cours de PEC, des couples modèles, couples en conflits, couples en « convalescence ») et groupe cible indirect (comme les parents, le conjoint, la famille et les personnes qui soutiennent les victimes). Mais ce sont aussi des auteurs de VSBG à différents niveaux (qui ont commis la violence ou qui l'ont soutenue), qui sont dans les groupes de thérapie avec les victimes.

Tableau 5. Le processus de mise en place de l'APC

Acteurs/actrices	Action	Aspects positifs	Facteurs favorisants
Survivants	Demande d'un accompagnement familial et communautaire	Briser le silence autour du viol et partage de témoignage	La constitution des groupements de victimes
Prestataires	Réunions de présentation des lacunes de l'approche individualisée	Atout de l'approche psychosociale communautaire	L'introduction du volet communautaire au sein du centre
Communauté	Demande de conscientisation sur leur rôle dans la prévention et la réponse aux VSBG	Développement des stratégies de lutte contre les VSBG	Comités d'alerte, les groupes solidaires, de partage et de parole, les réseaux des victimes
Expert externe et le staff	Formation de conscientisation du personnel sur les VSBG	Adaptation de l'approche dans la stratégie d'intervention du centre	Travail sur soi avec l'appui de l'expert externe
Autorités étatiques nationales et locales, leaders communautaires	Les réunions de coordination des intervenants dans la lutte contre les VSBG	Adoption des stratégies de collaboration et de travail en synergie	Un espace de rencontre entre experts, un cadre d'échange sur les VSBG

Accompagner le processus d'intégration de l'APC : former et conscientiser l'entourage (le personnel des structures de santé, les leaders administratifs) et arriver aux regroupements solidaires comme acteur à la base

Éléments clés de l'APC du centre spécialisé

Les éléments suivants ont guidé le processus de construction de l'APC :

- Clé :** la complémentarité entre le centre spécialisé et les capacités des communautés
- Clé :** le groupe est le moteur du changement
- Clé :** la conscientisation des communautés est nécessaire en vue d'améliorer la PEC individualisée
- Clé :** les potentialités communautaires (savoirs, ressources et compétences) peuvent être revitalisées

L'APC a introduit le lien avec la communauté dans le circuit de prise en charge intégrée et a réalisé, par un processus d'empowerment de la victime, l'entrée de cette dernière dans la chaîne de prise en charge. Grâce à la collaboration entre les services étatiques et ceux de la société civile dans la mobilisation communautaire sur la problématique des VSBG, le centre gagne en renommée. Par voie de conséquence, la communauté lui a fait confiance ; ce qui a amélioré l'accès et l'adhésion communautaire. Cependant, le centre devient le point d'entrée non seulement des victimes, mais aussi des membres de la famille ou de la communauté qui y réfèrent les victimes à la recherche des soins. Toute une chaîne de prise en charge et de référence

Accompagnement continu afin de réaliser l'intégration de l'APC dans le travail du centre spécialisé. Cette structure externe réalisée par un expert de la santé mentale communautaire et à travers les échanges avec les autres organisations locales et régionales est une condition importante pour assurer la qualité du processus.

Le groupe solidaire est la matérialisation même du programme de santé mentale communautaire et de la lutte contre les VSBG. Former des groupes solidaires autour des valeurs ou faits culturels qui rassemblent les gens comme les travaux coopératifs des champs, l'élevage, la palabre, en orientant leur action dans le sens de la santé communautaire fait partie de la stratégie de sensibilisation et de conscientisation des communautés aux VSBG. Organisé autour d'un comité, le groupe fonctionne de manière participative et démocratique. C'est par ce groupe que se réalisent les objectifs. C'est donc lui l'acteur à la base. C'est l'incarnation de la communauté en tant que moteur de changement.

Collaboration avec les leaders. Les leaders et autorités politico-administratives et sanitaires sont d'autres acteurs jouant un rôle clé. Du gouvernement provincial au pouvoir local, ils accueillent le programme, facilitent l'obtention des autorisations de fonctionnement, enrichissent les réflexions à travers le Comité de Pilotage, les missions de supervision au niveau

provincial et appuient les activités au niveau local.

Synergies et formations continues. L'accompagnement d'autres acteurs, en particulier les professionnels du centre et les relais en santé mentale au niveau des hôpitaux, permet de parvenir à une synergie des parties prenantes. En tant que soutien dans leur travail d'accompagnement des communautés, ces professionnels bénéficient d'une formation continue sur la prise en charge holistique tout au long du programme, accompagnée de supervisions formatives.

Sud-Kivu : Le centre psychosocial communautaire (CPSC), le pont entre la structure communautaire et le système de santé.

Le CPSC est une des antennes de SOSAME. Il est chapeauté par un psychologue clinicien appuyé par au moins deux APS pour soutenir les groupes. Le psychologue offre des thérapies individuelles sur demande et anime des sessions qui lui sont proposées par le groupe solidaire en veillant à ne pas interférer dans leurs décisions. Le lieu de tenue des activités des groupes solidaires est une maison d'accueil située dans la communauté qui sert d'espace transitionnel entre l'hôpital et la communauté. Le CPSC travaille en étroite collaboration avec l'hôpital du lieu dans lequel se trouve un personnel formé en santé mentale. Les transferts se font du CPSC vers l'hôpital quand c'est nécessaire, et inversement lorsque dans les hôpitaux il n'y a pas de psychologue.

Succès du modèle 1 : le centre spécialisé et la communauté, une complémentarité efficace dans la guérison

Deux éléments complémentaires : la guérison des individus et la transformation des communautés. Il a été possible de promouvoir à la fois la guérison des individus à travers des services de qualité qui intègrent les aspects juridiques, médicaux, psychosociaux et socio-économiques, et la transformation des communautés pour qu'elles s'impliquent davantage dans la prise en charge des survivantes et dans la prévention des VSBG. Cette approche a pu tenir en compte les besoins réels de la survivante, parce que la culture de solidarité entre les membres de la communauté a été reconstruite et revitalisée, et a assuré un processus d'accompagnement psychosocial même loin du centre spécialisé.

Intégrer les victimes dans leurs milieux. Les membres des communautés locales qui leur offrent de l'aide et du soutien ont l'avantage de la proximité et surtout celui d'être perçus par leurs survivantes comme étant leurs proches.

Installer les mécanismes communautaires de protection avec la devise « protéger ma voisine, c'est protéger ma famille ». La victime trouve en plus de l'assistance reçue au centre, un autre soutien post-agression dans sa communauté. Elle est protégée à travers les réseaux des victimes, les différents groupes de solidarité, les groupes de partage et les groupes de parole contre d'éventuelles menaces de représailles. Ainsi, la sécurité soutient le processus de sa guérison avec l'ensemble de sa communauté.

La communauté soutient la souffrante, la soigne et reste le garant de son plein rétablissement. Les réseaux ou groupes communautaires issus ou soutenus par l'approche psychosociale communautaire promeuvent l'esprit de solidarité et d'entraide (bénévolat). C'est cette valeur qui guide les différents groupes constitués et qui apparaît comme la principale ressource de ce modèle.

Les groupes solidaires fonctionnent d'une manière autonome selon une culture démocratique. Ils ne dépendent plus totalement du centre, du moins financièrement. Le mode participatif y est privilégié et ses actions commencent à aller au-delà de simples considérations sur les maladies mentales et souffrances psychiques.

L'appropriation de la santé mentale et de la lutte contre les VSBG par les communautés. La santé mentale intégrée, y incluse la lutte contre les VSBG, apparaît à ces communautés comme un projet dans lequel elles prennent part. Les perceptions changent par rapport à la santé mentale et la lutte contre les VSBG. La communauté se l'approprie et se sent responsable de son devenir. La distance habituelle entre le système de santé et ses bénéficiaires se réduit progressivement. Il est devenu habituel d'entendre des personnes, parlant du centre ou du service, dire : «*Notre maison, notre service*». La communauté ainsi accompagnée réinsère mieux ses patients en leur accordant leur place de citoyens mais bien plus, elle les fait participer aux activités et veille à leur soin quand la situation va mal.

«Ce sont les membres du groupe solidaire qui nous informent quand un bénéficiaire arrête le traitement. Ils se chargent eux-mêmes d'interpeller sa famille. C'est beaucoup plus facile pour eux. Ils en ont la légitimité plus que nous. Ils aident parfois la famille à conscientiser le patient».

Médecin de Mwenga, Sud-kivu, RDC

Réduire la stigmatisation et orienter vers le système de soins. Plutôt que de générer des conflits liés aux accusations de sorcellerie, de prostitutions, et autres, la personne qui souffre de maladie mentale et des conséquences des VSBG est orientée vers le système de soins. Cette situation témoigne d'une réduction de la stigmatisation. Plutôt que de venir faire concurrence au système de santé, l'APC vient renforcer les soins de santé offerts par le système sanitaire classique. Les professionnels gardent leur place et même sont mieux utilisés.

Leçons tirées de l'expérience des centres spécialisés :

- **Les prestataires des centres doivent croire en la capacité des communautés à rebondir et engager le changement.** Il faut faire confiance à l'aptitude de la communauté de prendre en charge sa propre résilience et d'apprendre des savoirs. La communauté dispose d'une capacité de comprendre et de changer. Les prestataires des centres doivent adopter l'attitude d'apprendre les savoirs de ces communautés au plan culturel et au plan organisationnel. Savoir comment résoudre les problèmes qu'ils rencontrent est un outil important de stabilisation dans l'approche.
- **L'approche des ateliers de conscientisation aide la communauté et les centres.** Faire une analyse des blessures et de la forme de victimisation dans la communauté est important pour la collaboration entre les centres et les communautés. On gagne des solutions d'intégration des victimes mais surtout, on renforce la motivation à l'action dans la lutte contre les VSBG au sein des communautés sans que le centre spécialisé ait besoin d'agir à leur place.
- **L'approche des ateliers de conscientisation aide la victime.** Faire une analyse de soi pendant les séances de groupe pour enfin découvrir les blessures et la forme de victimisation, mais aussi les ressources dont la personne dispose est important pour valoriser les potentialités et les compétences qui dormaient en elle. Au final, la personne profite de ses compétences valorisées et cesse de se comporter comme une personne condamnée. Elle devient ainsi un acteur de changement dans son milieu.
- **D'abord soutien individuel, après regroupement autour d'un problème commun, puis d'autres actions.** L'expérience a montré l'avantage d'un soutien individuel dans le centre spécialisé ou dans les maisons communautaires au début, afin d'offrir une aide personnalisée nécessaire et d'intégrer en

parallèle la personne dans le regroupement de ceux et celles ayant des problèmes communs, de manière à leur permettre de sortir de leur isolement. Après les séances thérapeutiques, ces groupes renforcés peuvent se constituer autour d'un autre objectif, en tant que groupes de solidarité ou comités d'alerte intervenant dans la prévention et la prise en charge des victimes des VSBG dans leur localité. Ces groupes peuvent alors être mixtes, regroupant les survivants bien rétablis et les autres membres de la communauté.

- **La mise à disposition des professionnels du centre au niveau différent de la chaîne de PEC.** L'APC ne fonctionne pas sans être accompagnée par des professionnels et sans un suivi de qualité des animateurs psychosociaux communautaires.
- **Donner aux membres de la communauté la responsabilité adéquate.** Il faut faire accompagner les patients par le groupe et leurs familles pour relier le réseau social et pour autonomiser le système si possible. Certaines tâches valorisent les membres et les motivent à accomplir des gestes qui contribuent aux soins et à la guérison des personnes vulnérables.
- **Ne pas traiter séparément les questions de santé mentale et d'urgence médicale de 72 heures en cas de viol,** mais faire cohabiter aussi les questions sociales et économiques comme les projets de vie, surtout dans le travail et le suivi des groupes solidaires.

Exemple: Au Sud-Kivu, ce sont les personnes qui sortent du centre psychiatrique qui ont été ciblées. Leur état psychologique ne permet pas encore d'entamer des activités génératrices de revenus. Il s'agit des ateliers autour des activités d'ergothérapie. Les personnes regroupées au sein de groupes solidaires organisent des activités communautaires à travers les travaux champêtres, la broderie, la vannerie, la cuisine... Les champs sont offerts gratuitement par certains leaders locaux aux groupes solidaires, ce qui permet d'avoir des récoltes et de les vendre. Ces groupes solidaires thérapeutiques initient aussi de petites cotisations soutenues par SOSAME, pour pouvoir réhabiliter des maisons, offrir du petit bétail et une basse-cour aux membres. Ils sont accompagnés en cela par l'équipe des APS et les psychologues de l'ONG.

Modèle 2. Les maisons communaitaires écoutons-nous, éduquons-nous et protégeons-nous les femmes !

Le modèle 2 a été développé au Sud-Kivu pour résister à l'absence des structures de sécurité fonctionnelles pendant les guerres. Cela a surtout permis de réagir aux exigences particulières de la protection de la femme et de son secours dans un contexte de violences sexuelles en rapport avec un conflit ouvert. Il s'agit d'un processus de solidarité élaboré par RFDP et RAPI avec leurs « Comités d'Alerte pour la Paix » (CAP) et les « centres d'accompagnement psychosocial communautaire » (CAPC), dans le but de développer des structures d'éducation, de protection et de prise en charge psychosociale accessibles et proches, au sein des communautés.

Sud-Kivu – Les CAPC: « les maisons d'écoute deviennent des centres communautaires »

Les « centres d'accompagnement psychosocial communautaire » (CAPC) sont le fruit d'une transformation des anciennes « maisons d'écoute », établies pour un premier secours des survivantes des VSBG à la proximité des centres de santé locaux afin d'aider les membres d'une communauté à retrouver leurs connections, leurs voix, leurs sagesse et ressources afin qu'ils puissent décider de leur futur. Le regroupement des représentants de toutes les couches du milieu (leaders communautaires et autorités locales, acteurs de la société civile, les jeunes, les associations des femmes, les leaders religieux, les enseignants) en noyaux communautaires d'alertes permet à la communauté de réfléchir sur les problèmes des VSBG et de proposer des solutions locales et adaptées. Cette implication communautaire réduit le rejet, la stigmatisation et l'isolement des survivantes des VSBG. C'est une approche globale préventive (à travers les sensibilisations communautaires aux VSBG) et curative (prise en charge appropriée des victimes) qui complète l'approche individuelle utilisée autrefois dans les maisons d'écoute.

Sud-Kivu – Les CAP : « les Comités d'Alerte pour la Paix »

Les « Comités d'Alerte pour la Paix » (CAP) se basent sur l'idée de l'empowerment à travers l'éducation et l'instruction ainsi qu'à travers l'attitude d'un mouvement activiste. Les femmes, au départ victimes de VSBG graves, deviennent des actrices en faveur de l'assistance aux victimes des violences sexuelles et en faveur de la construction de la paix. Les CAP regroupent des femmes engagées dans la promotion de la paix, la défense des droits des femmes et la lutte contre les VSBG.

En outre, ces femmes engagées cherchent à s'auto-promouvoir économiquement mais aussi et

surtout à développer un leadership fort en vue de leur participation à la prise de décision dans la gestion de leurs communautés. L'approche CAP intègre l'apprentissage du leadership et de la bonne gouvernance tout en renforçant la cohésion sociale entre les femmes bénéficiaires des actions de l'organisation accompagnatrice RFDP. Elle engage également les femmes à dénoncer les abus des droits humains et les violences sur les femmes dans leur communauté.

L'engagement pour les maisons communaitaires est motivé par la persistance des violences et l'absence ou l'inefficacité d'action institutionnelle. L'approche des maisons communaitaires centre toute l'action sur le relèvement de la victime en l'intégrant dans un réseau de relations avec d'autres victimes d'une part et avec les décideurs et autres acteurs susceptibles de leur venir en aide d'autre part. Chaque membre de la maison communaitaire se responsabilise et s'engage pour contribuer au changement dans sa communauté, une démarche de participation qui la change elle-même et qui développe les ressources humaines du milieu.

Les éléments clés de l'APC des maisons communaitaires

- Clé :** la capacité de la communauté à guérir et à s'inscrire dans le processus de résilience.
- Clé :** l'intégration de la victime dans un réseau avec d'autres victimes
- Clé :** l'engagement de chaque membre de la maison communaitaire dans la lutte contre les VSBG



Processus : de la compréhension des enjeux de conflit à l'action de protection, dénonciation et guérison

1° S'appuyer sur les femmes engagées identifiées pendant les rencontres de plaidoyer

2° Informer et former les victimes dans les maisons communautaires et les centres d'alphabétisation sur les VSBG, en droit, en plaidoyer, sur le leadership, le traumatisme, les blessures et deuil de la vie pour leur permettre de se protéger et de protéger les autres. De plus, il s'agit de prêter dans la documentation des cas de violation des droits de l'homme, dans la référence des victimes et l'accompagnement psychologique élémentaire, dans la participation active aux réunions des conseils de sécurité ainsi que dans la bonne gestion des bureaux d'écoute.

3° Comprendre l'implication des femmes dans les enjeux de conflits pour trouver les réponses aux besoins concrets et immédiats. Dans les échanges sur le statut de la femme dans le conflit ainsi que sur les lois, les femmes comprennent les enjeux des conflits et les comportements de différents acteurs. Bien plus, elles découvrent leur rôle dans l'avènement de la paix après ces conflits parfois d'ampleur internationale.

4° La structuration des noyaux communautaires d'alerte. Les membres se partagent les responsabilités relatives à la documentation des violations des droits humains, aux actions de plaidoyer, à la médiation, à l'éducation et à la sensibilisation aux AGR, à la prise en charge psychologique ainsi qu'à faire rapport de l'ensemble des activités réalisées. Le renforcement des capacités, à travers les visites mensuelles du staff de l'ONG et les formations, est important pour orienter les actions à l'ensemble de la communauté, notamment les leaders et les chefs de ménages.

5° Agir avec les victimes. Les femmes membres des noyaux communautaires d'alerte documentent les cas de crimes commis par les belligérants, mènent des séances de sensibilisation et accompagnent les autres victimes membres de leurs communautés devant les structures de PEC et dans le processus de leur réintégration. En plus, elles dénoncent les abus des belligérants en mettant face à face les femmes leaders, les belligérants et autres leaders locaux.

6° Accompagner la victime dans sa communauté à travers les assistantes psychosociales qui sont formées dans la prise en charge psychosociale communautaire de qualité et la communication avec les victimes.

Exemple: Les AGR répondent essentiellement aux besoins suivants par ordre décroissant d'importance : les soins médicaux, la scolarisation des enfants, la ration alimentaire des ménages, la réhabilitation de la maison et enfin l'achat du petit bétail. En effet, après un accompagnement, les bénéficiaires sont "autonomisés", c'est-à-dire qu'ils sont déchargés des groupes d'AGR au profit de nouveaux bénéficiaires, et le recrutement des nouveaux peut prendre du temps. Au Sud-Kivu par exemple, le partenaire RFDP a mis en place avec succès des mutuelles de solidarité, appelées MUSO, qui sont des regroupements composés à 87% en moyenne de femmes, qui cotisent régulièrement et qui sont accompagnées par RFDP avec une psychologue, un animateur et une experte en AGR. Les femmes membres sont capables de cotiser la somme de 2.500 francs congolais (environ 2 USD) par semaine grâce à la vente des produits agricoles ou grâce au travail journalier dans le champ d'un tiers. Les sommes ainsi obtenues sont aussi couplées aux subventions du RFDP et permettent de donner des crédits rotatifs aux membres.

Succès du modèle 2 : les maisons communautaires, un mouvement de bas en haut

L'engagement des femmes pour les droits humains a bouleversé leur image dans la communauté. Elles ont montré l'intérêt à comprendre les conflits et à plaider pour le retour de la paix dans leur milieu. Leur engagement à apprendre les droits humains et les techniques de plaidoyer, et les sacrifices consentis pendant la période d'insécurité pour se rendre à Bukavu afin de participer à des séances d'information et formation ont inspiré le respect de la communauté.

Les femmes deviennent les décideurs en famille. Les femmes, membres des associations, améliorent leur revenu grâce aux AGR, participent plus que les hommes aux revenus des ménages et sont ainsi plus consultées pour les décisions en famille.

Le succès réside dans l'organisation des femmes autour de l'éducation au droit, à travers les centres d'alphabétisation fonctionnelles aussi pour l'apprentissage du droit. Ces centres multiservices constituent des lieux de consultation pour les questions juridiques et judiciaires ; des espaces de prise en charge psychologique ; mais aussi des lieux d'apprentissage et d'exercice de métiers générateurs de revenus.

Une PEC holistique des victimes de violences sexuelles avec des mécanismes d'entraide mutuelle réduit l'isolement et la souffrance des victimes. Outre la prise en charge psychologique héritée des maisons d'écoute, ces centres organisent également d'autres activités de réinsertion avec l'implication de toutes les ressources locales regroupées dans les noyaux communautaires d'alertes. La stratégie de regroupement des victimes des violences sexuelles d'une entité en groupes d'entraide ou groupes solidaires est une forme de thérapie de groupe. Les femmes et filles victimes des VSBG passent ainsi de l'isolement au regroupement. Les relations brisées sont petit à petit reconstruites, le goût de vivre retrouvé et les violences sexuelles et basées sur le Genre, réduites. La communication est rétablie et la reconstruction de la solidarité et des mécanismes d'entraide mutuelle est engagée. Il importe de souligner que dans des cas précis, les hommes et spécialement les maris sont pris en compte tout au long du processus. Des actions de dialogue entre conjoints sont aussi initiées et soutenues par les autres membres du groupe. Des maris modèles s'impliquent parfois dans la conscientisation et le travail avec les couples.

Leçons tirées de l'expérience des maisons communautaires:

- **La transformation du statut de la femme avec les femmes victimes.** Il est possible de centrer son intervention sur les femmes victimes de CRSV (conflict related sexual violence / Violences sexuelles liées aux conflits) saisissant ainsi la conjoncture de conflit et leur capacité de leadership dans des réunions locales des conseils de sécurité par exemple, afin d'améliorer le statut des femmes victimes.
- **Ce statut de la femme qui participe à la prise de décision en famille et dans la communauté** est en outre soutenu par l'intégration des mutuelles de solidarité appelées MUSO qui permet aux femmes d'épargner collectivement et de s'octroyer des crédits pour réaliser des AGR et contribuer au renforcement du pouvoir économique des femmes.
- **La jeunesse.** Il faut intégrer les jeunes filles au sein des maisons communautaires et des noyaux d'alerte existants, ou les sensibiliser à créer d'autres CAP et des mutuelles de solidarité.
- **Le protocole de collaboration** entre les maisons communautaires, les centres psychosociaux spécialisés et l'ONG est nécessaire pour clarifier la mission et adapter les textes de fonctionnement des noyaux communautaires d'alerte à la réalité du moment.

- **La pérennité des noyaux communautaires d'alerte.** Un facteur essentiel lié au financement des activités et du fonctionnement des noyaux communautaires d'alerte se matérialise par la responsabilisation des « victimes - actrices » ; leur capacitation en leadership ; des initiatives des AGR, ainsi que l'approche des mutuelles de solidarité.



Modèle 3. La réunion des familles de la violence à la parentalité positive

Le modèle 3 a été développé au Burundi et au Rwanda dans un contexte où les relations entre les hommes et les femmes dans les communautés sont marquées par de multiples mésententes qui sont des sources potentielles de conflits dans le couple. Ces conflits dominent l'atmosphère en famille et les enfants en deviennent également victimes. Il n'est pas rare que cette situation tourne en conflits entre parents et enfants, certains enfants voulant protéger un des parents alors qu'ils ne comprennent pas bien l'origine de leurs conflits. Sur ce, ce modèle propose la mise en place d'un cadre d'échange avec les couples qui peut permettre une transformation des relations destructrices en relations enrichissantes entre les hommes et les femmes et entre les parents et leurs enfants. Il s'agit d'un processus de réunion des familles sous le toit parental mais aussi au sein des communautés. Cette approche a été élaborée par IAPI, HI et Seruka.

Le modèle 3 travaille avec la focalisation de **l'empowerment dans l'approche psychosociale communautaire**. Ces deux approches APC et Empowerment visent à la fois la réduction des violences domestiques et le soutien à la parentalité. Elles permettent d'aider les couples en conflits à réduire les violences domestiques et par la même occasion, de les accompagner dans la reprise de leurs responsabilités parentales.

Résoudre les problèmes individuels (plaintes) en groupe est la clé, afin que chacun puisse bénéficier des expériences de tous les autres et qu'ensemble, le groupe se questionne sur les causes communes de la souffrance, voire de la maltraitance. Ceci permet aux membres de la communauté, à la fois de retisser un lien social avec les autres et de se reconstruire. En plus, les interventions ciblent non seulement les individus, mais aussi l'ensemble de la communauté avec le souci de mobiliser les ressources de la communauté pour résoudre les problèmes des violences domestiques constatées dans les ménages, sachant que cette même communauté en bénéficierait aussi. L'empowerment individuel des personnes vulnérables comprend le soutien psychologique et l'accompagnement psychosocial ; ce qui permet à l'individu accompagné de comprendre la violence et la victimisation auxquelles il fait face ; de prendre conscience de ses faiblesses et de ses ressources de protection ; de renouer avec « l'estime de soi » ; de s'impliquer dans la gestion de sa vie quotidienne ; et d'envisager de reconstruire son avenir avec optimisme. L'empowerment collectif quant à lui, se fait à travers des dispositifs de prise en charge groupale (groupes de parole, groupes de partage et groupes d'entraide) qui permettent aux personnes vulnérables de se projeter dans l'avenir en créant

des activités communes pour améliorer leurs conditions de vie avec des AGR, connus aussi comme « projets de vie ». Ainsi, ces personnes vulnérables deviennent elles-mêmes actrices de changements au sein de leurs communautés en participant à la prévention des violences.

Les éléments clés de l'APC appliquée à la réunion des familles

- Clé :** travailler sur les problèmes individuels (plaintes) en groupe
- Clé :** les interventions menées visent non seulement les individus, mais aussi l'ensemble de la communauté
- Clé :** l'empowerment individuel des personnes vulnérables
- Clé :** l'empowerment collectif des communautés.

Le processus : des relations destructrices aux relations enrichissantes entre les hommes et les femmes et entre les parents et leurs enfants

La mise en place progressive d'interventions adaptées aux besoins exprimés s'est déroulée de la manière suivante :

1. L'identification et la mobilisation des ressources communautaires. Rendre les autorités et leaders communautaires conscients de la réalité et de l'existence de ce genre de violences dans les communautés est primordial. Leur faire comprendre leurs conséquences sur les individus, les familles et la communauté toute entière et identifier parmi eux des volontaires communautaires prêts à s'impliquer auprès de l'équipe des professionnels pour s'attaquer au problème d'identifier des groupes de populations vulnérables aux violences basées sur le genre, et parmi eux des familles et couples en conflits est la tâche suivante. Parmi ces personnes ressources, on sélectionne enfin les « médiateurs communautaires » par secteurs, pour recevoir une formation approfondie sur la thématique des VSBG. Leur mission est d'accompagner particulièrement les familles en conflit et de jouer le rôle d'intermédiaire entre eux et les autres instances et services, référant de manière appropriée en fonction des problèmes présentés par les bénéficiaires.

2. La mise en place des dispositifs d'accompagnement. Il existe des dispositifs de PEC différents qui sont installés selon le groupe cible, les besoins identifiés dans les groupes de partage et les ressources communautaires mobilisés. Une fois sensibilisés sur les différentes formes de VBG, leurs causes et conséquences

sur la vie familiale, les couples en conflits se rendent compte qu'ils ont commis des violences les uns envers les autres, quelquefois sans le savoir, et ont ensuite essayé de dégager les moyens de les prévenir au sein de leurs ménages.

Les dispositifs de PEC du modèle 3, la réunion des familles:

Prise en charge individuelle. Identifier les cas (adultes et/ou enfants) ayant des difficultés particulières dans la famille et qui n'osent pas s'exprimer dans les groupes, référer vers les structures appropriées de soins.

Visite à domicile. Faire des visites à domicile dans les familles en conflit et travailler avec les proches de médiation.

Séance de parentalité positive. Réunir les couples et les enfants autour d'une activité ménagère (par ex : « Atelier cuisine ») permet des échanges sur l'importance de la complémentarité dans les tâches quotidiennes du ménage et du rôle de chacun, les responsabilités, droits et obligations des parents, ainsi que des devoirs des enfants et leur protection.

Groupes de partage. Partager le vécu et échanger sur les solutions ou stratégies pour faire face aux problèmes dans le système familial.

Groupes de partage accompagné/groupes de parole. Les participants des groupes de partage avec des besoins particuliers sont accompagnés de façon thérapeutique pour contribuer à l'amélioration de leur santé mentale.

Groupes d'entraide. Après le processus de partage accompagné, initier les projets économiques afin de permettre aux membres d'activer par eux-mêmes leurs ressources économiques et sociales et de répondre à leurs besoins.

Campagnes de sensibilisation. Prévention dans les écoles primaires et secondaires à travers les camps de partage des enfants, et cibler les enfants dans des situations familiales de crise et de violence domestique.

Groupes de partage pour les enfants. Permettre aux enfants d'exprimer leurs souffrances et leurs besoins aux professionnels dans l'établissement scolaire afin de réduire les effets de la violence domestique qui impacte négativement leur santé mentale.

Groupes de parole pour les enfants. Les enfants avec des besoins particuliers sont accompagnés de façon thérapeutique pour contribuer à l'amélioration de leur santé mentale.

Comprendre les niveaux de victimisation dans un cadre protégé. Par exemple, comprendre comment on est en même temps auteur et victime de violences et discuter de la sexualité humaine, car une mauvaise appréhension de la sexualité cause diverses violences dans le couple.

Assurer un cadre protégé où les couples peuvent discuter de la sexualité pour que les relations entre hommes et femmes soient enrichissantes et harmonieuses. Pour la guérison des violences domestiques, les couples se regroupent dans un espace où ils échangent sur leur vécu et apprennent à se soutenir.

Assurer un cadre protégé pour les prestataires des ONG et les animateurs psychosociaux. Les dispositifs de suivi comme la supervision régulière externe (mensuelle, parfois même hebdomadaire) ou les échanges institutionnalisés parmi les collègues (intervision) est très importante afin d'aider à développer et maintenir les compétences d'accompagnement psychosocial.

3. La collaboration avec les responsables du milieu, surtout avec :

les autorités et décideurs qui font appliquer les cadres législatifs et les politiques, et influencent les pratiques des prestataires de services et les attitudes de la communauté vis-à-vis des VBG ;

les leaders communautaires (confessions religieuses ; coopératives ; structures communautaires des femmes, jeunes, personnes handicapées, enfants; conciliateurs, qui contribuent dans les actions de prévention comme les campagnes de sensibilisation ;

les couples en conflits et leurs enfants : ils sont activement impliqués dans l'intervention, eux-mêmes en tant qu'acteurs de changement ;

les personnes ressources et les comités de lutte contre les VBG participent aux actions de prévention par la sensibilisation, l'identification des cas de violences dans leurs communautés, ainsi que le référencement des cas vers les services spécialisés ;

les médiateurs communautaires facilitent la médiation entre les bénéficiaires et la communauté; accompagnent le processus de gestion et de résolution des conflits au sein de la communauté; et assurent l'accompagnement des groupes de bénéficiaires et la liaison entre les bénéficiaires et les professionnels. Ils font aussi le référencement des cas vers les services spécialisés ;

les professionnels du projet sont en charge des actions de prévention, prise en charge, protection, renforcement de capacités des prestataires, mise en réseau des différents acteurs pour la complémentarité et la qualité des services de plaidoyer ;

les prestataires de services dans le domaine psychosocial, de santé, sécurité, justice, éducation assurent les services de prévention et mécanismes de protection aux victimes.

Exemple: Le constat est que les communautés sont de plus en plus conscientes de la gravité des VSBG. Pour exemple, au Burundi, un changement significatif lié à l'implication des membres de la communauté dans la lutte contre les VSBG s'observe à travers les réunions qui sont organisées par les autorités locales (comme par exemple les chefs de collines) où les cas de violences sont révélés et partagés. Beaucoup de filles mères ne sont plus discriminées car il y en a qui ont célébré leurs mariages religieux et civils avec la bénédiction des leaders communautaires, améliorant ainsi leur statut dans la communauté. Ces dernières se sont aussi impliquées dans la prise en charge tant des victimes directes qu'indirectes. Ainsi les groupes de protection (espaces de paroles des victimes, groupes de femmes, espaces de paroles entre parents et filles tombées enceintes, etc.) ont été mis en place. Ces groupes permettent aux bénéficiaires de continuer la thérapie par des méthodes socio-centrées et regroupent des personnes aux besoins similaires. Par exemple, à côté des groupes de survivants directs des violences sexuelles naissent en parallèle des groupes de parents ou tuteurs de ces survivants ou des groupes de personnes témoins de ces horribles scènes.

Succès du modèle 3 : la réunion des familles

La communauté dispose des mécanismes de prévention et de prise en charge des familles en conflits. Les parents ont pris conscience de leurs responsabilités parentales. Ils sont devenus des acteurs de changements. Les familles ont une meilleure communication (écoute mutuelle et acceptation de l'autre, des échanges, des demandes et accord de pardon mutuels) et l'atmosphère familiale est plus harmonieuse. La complémentarité existe dans des tâches domestiques.

Les violences domestiques, la souffrance et les comportements à risque chez les enfants sont réduits.

« Quand je rentrais à la maison, je trouvais papa entrain de battre ma mère. Je m'enfuyais en pleurant et je retournais à l'école sans manger. J'étais très inquiète pour ma mère croyant qu'en rentrant je la trouverai morte. Je n'arrivais pas à me concentrer pour étudier..., j'ai redoublé la deuxième année. Aujourd'hui, je réussis très bien à l'école car mon père ne bat plus ma mère... »

Fillette, 10 ans, Rubavu, Rwanda

Amélioration dans le partage du revenu familial, alors qu'avant le revenu était une cause importante des violences. Lorsque les parents recouvrent des relations apaisées et s'entendent, leurs enfants s'épanouissent et réussissent mieux dans la vie.

Amélioration dans le partage des tâches dans le ménage. Certains couples ont amélioré leur quotidien avec le partage des tâches dans le ménage.

« La façon dont les couples se réunissent en groupes a joué un rôle remarquable dans leur changement dans notre cellule. C'est pourquoi je me suis servi de cette approche du projet ...les fruits sont visibles. Les couples qui ont changé aident les autres à ma place. Leur expérience va provoquer le changement des autres couples. Je ne dépense plus beaucoup d'énergie dans leur accompagnement comme auparavant »

Autorité de cellule, Rutsiro, Rwanda

Les membres de la communauté ont confiance dans les groupes constitués, qui reçoivent de plus en plus des demandes de la part des couples en difficultés. Même les hommes commencent à les solliciter alors que c'est traditionnellement humiliant dans le vécu des hommes d'avouer leur maltraitance par leurs femmes ou leurs enfants.

Le travail du couple fait impliquer les hommes dans la lutte contre les VSBG. Les groupes de partage sont adaptés aux besoins des couples, hommes et femmes, et contribuent à enrichir leurs relations en identifiant les autres besoins au cours des suivis individuels. Ces groupes ont contribué à l'implication des hommes.

« Je ne savais pas que ce qui se passait entre moi et ma femme affectait nos enfants. Je m'en suis rendu compte pendant l'atelier cuisine lorsque j'ai vu les dessins des enfants et écouté leurs propos. Depuis ce jour-là, je me suis décidé à protéger mes enfants et de m'occuper d'eux. A présent, ils ne me fuient plus comme avant. Je rentre tôt pour causer avec eux, les aider à faire leurs devoirs, ... Aujourd'hui, la joie règne dans ma maison ».

Homme de Gasabo, Rwanda, 53 ans

« ... A présent, quand il y a un problème, nous nous asseyons et nous en discutons sans violence, chacun donne son point de vue et l'autre écoute. On se pardonne mutuellement. Les décisions familiales sont prises ensemble ... »

Homme de Gasabo, Rwanda, 47 ans

Sexualité. Les couples affirment avoir intériorisé la nécessité de partager une sexualité qui enrichit leurs relations.

Les couples modèles sont sollicités pour aider les autres couples en difficultés et deviennent eux-mêmes acteurs de changement dans leur communauté. Le témoignage de ce chef de colline soutient les propos ci-dessus :

« J'ai changé de comportements en commençant par prendre des décisions avec ma femme et nous nous entendons bien. Que ce soit dans la carence ou dans l'abondance, nous restons solidaires. Maintenant, dans le village que je dirige, nous nous partageons une assistance mutuellement ».

Leçons apprises de l'expérience de la réunion des familles

- **Rendre les autorités et leaders communautaires conscients de la violence dans les familles** et de ses conséquences sur les individus, les enfants et la communauté toute entière afin d'identifier les ressources (par exemple les volontaires communautaires et parmi eux les « médiateurs communautaires »), les besoins (groupes vulnérables aux VSBG, les familles et couples en conflits) et d'assurer la bonne collaboration dans la communauté et avec l'équipe des professionnels en APC.
- **La formation de qualité des « médiateurs communautaires » en VSBG est primordiale.** Leur supervision mensuelle et le suivi par l'équipe des professionnels afin de les aider à développer et maintenir les compétences d'accompagnement psychosocial est importante. De même, leur mission d'accompagner les familles ; de jouer le rôle d'intermédiaire avec les instances et services ; et de référer de manière appropriée en fonction des problèmes présentés est tout aussi complexe qu'indispensable.
- **Créer les espaces de partage pour les parents après les sensibilisations de VSBG.** Une fois sensibilisés sur les différentes formes de VBG, leurs causes et conséquences sur la vie familiale, les couples en conflit se rendent compte qu'ils ont commis des violences les uns envers les autres, quelquefois sans le savoir, et essaient ensuite de dégager les moyens de les prévenir au sein de leurs ménages. En leur donnant des espaces de partage structurés dans les groupes avec les mêmes problèmes, ils peuvent faire un travail émotionnel qui aide à changer leur mode de conduite.

- Vivre ensemble autour d'un projet économique commun entre les familles peut servir de support thérapeutique pour travailler indirectement sur les conflits existants dans ces familles.
- **La tendance d'éviter le ressenti de l'autre ralentit la compréhension mutuelle.** Quand les relations sont violentes, les parties impliquées ont tendance à éviter par tous les moyens de ressentir la souffrance de l'autre. Les cadres de partage mis en place pour les couples aident chaque partie à réaliser comment l'autre vit le conflit et la souffrance qui en résulte. Tout au long du processus, beaucoup d'hommes et femmes comprennent progressivement en quoi leurs attitudes et leurs comportements sont des sources potentielles de conflits et comment ils empêchent l'harmonie familiale.
- **La résistance au changement est normale.** L'auteur mais aussi la victime de violences peut se sentir pointé du doigt à cause des sentiments de honte et d'impuissance. Une analyse de l'étiologie des violences et une compréhension des effets de la socialisation sur les inégalités entre les genres peut aider à soutenir un dialogue constructif avec les participants.



Chapitre IV. Leçons apprises de l'APC, défis et pistes d'orientation, discussions pour sa mise en œuvre optimale

Le travail psychosocial dans et avec les communautés qui a été présenté dans cette capitalisation montre une grande diversité d'applications dans les trois contextes assez différents de la région des Grands Lacs.

Au Rwanda, au Burundi comme au Sud-Kivu, l'APC qui y a été introduite suit un processus de changement de mentalités contextualisé au niveau communautaire et de guérison individuelle et collective, que ce soit le travail avec des groupes de filles mères, de maris, d'hommes ou femmes, de rescapé(e)s, de personnes vivant avec le VIH, de prostituées, des jeunes couples, ou des personnes souffrant de troubles mentaux.

Dans cette diversité d'applications, trois modèles ont été tirés des 9 expériences riches des différentes organisations de mise en œuvre.

Ils ont servi à bien comprendre et analyser l'APC et son savoir-faire pour d'autres initiatives futures.

Ce chapitre résume les leçons les plus importantes apprises de cette capitalisation ; mène une réflexion sur les défis persistants dans la lutte contre les VSBG dans les trois pays et discute quatre aspects spécifiques : le rôle des communautés entre opportunités et risques ; la compréhension de la modélisation dans le contexte, le rôle des activités socioéconomiques dans l'approche communautaire et la question de pérennisation.

Les leçons apprises du travail avec l'approche psychosociale communautaire

Communauté	<p>En communauté et en familles se trouvent les ressources et les solutions à la réduction des VSBG. Dans la mise en pratique de l'APC, les ONG ont pu aider, soutenir, appuyer les individus, les familles et les communautés à s'engager et à prendre leurs responsabilités dans l'amélioration de leurs problèmes liés aux violences vécues. Grâce à la contribution de la famille et de son entourage, une protection a été créée dans les familles et les communautés elles-mêmes et a été une aide essentielle pour la réduction des VSBG.</p> <p>L'action collective améliore l'efficacité dans les programmes de sensibilisation sur les VSBG, contrairement à l'information d'une communauté utilisant les ReCo avec mégaphones et média parce que la communauté ne reste pas passive et réceptive. Elle devient active afin d'arriver à la réhabilitation et la réintégration des survivantes et gagne des compétences qui sont importantes dans la prévention de la violence.</p> <p>Les groupes solidaires et le pouvoir d'intégration avec les « projets de vie ». L'APC promeut l'esprit de soutien aux victimes au sein même de la communauté, et intègre ses membres dans la prise en charge des personnes en difficultés. L'implication de ces groupes dans le mouvement communautaire de lutte contre les VSBG est le meilleur moyen d'agir sur les causes et les conséquences des VSBG et de protéger contre l'exclusion et l'isolement des victimes. Les compétences d'intégration des personnes traumatisées et de réduction de la stigmatisation existent au sein des groupes solidaires et de leurs activités socio-économiques (« projet de vie »), sur base d'un suivi professionnel de ces groupes.</p> <p>Une communauté active et participative soutient et complète les efforts de soins du système de santé. La communauté ne risque pas de se substituer aux professionnels. Par contre, elle utilise mieux le service offert par le professionnel en le consultant au bon moment et en assurant le suivi de ses recommandations. Le travail en synergie entre le système de santé et les communautés améliore l'efficacité et la durabilité de l'action.</p>
Réseau	<p>Pour un changement de comportement pertinent, il faut une stratégie de mobilisation et d'échange de savoirs et d'expériences venant de différentes sources de professionnels et de la communauté. C'est l'ensemble de la stratégie qui rend possible un changement d'attitude. C'est la communauté qui devient acteur de changement. Il est question de ne pas viser seulement le renforcement des connaissances des professionnels dans les formations sanitaires ou dans les ONG mais aussi et surtout le changement d'attitude et de pratique dans le travail avec la communauté et l'échange entre les professionnels et la communauté.</p> <p>La mise en réseau et la collaboration directe incluant un référencement et contre-référencement actif de différents acteurs est la clé fondamentale qui assure la complémentarité, améliore la qualité des services et fait participer les personnes ressources dans les communautés.</p> <p>L'APC travaille sur les différentes dimensions de « l'empowerment » des victimes et de leurs communautés. La lutte contre les VSBG appelle donc des mesures complémentaires de prévention, de protection, de prise en charge et de soutien aux victimes directes et indirectes au niveau de l'empowerment personnel, juridique, social, politique, culturel et économique.</p>
Genre	<p>Prendre conscience non seulement des souffrances des femmes et des filles mais aussi des hommes et des garçons. Pour faire évoluer les rapports de force entre les hommes et les femmes, il faut aussi remettre en question les stéréotypes masculins. En tant que victimes ou agresseurs ou même alliés, les hommes et les garçons vivent des traumatismes profonds. Il faut développer des activités spécifiques pour protéger les hommes et les empêcher de devenir victimes ou agresseurs de VSBG. L'intégration de la thématique « masculinité » permet d'avoir plus d'action de protection en faveur des femmes et filles.</p>

Famille	<p>En vue de l'intégration des survivantes, l'APC est pertinente comme elle contient l'aspect d'intégration familiale. Avec les groupes solidaires, l'APC offre des conditions favorables et protectrices à la transformation des relations de genre et de conflits de couples. La promotion et l'accompagnement d'une co-vivance basée sur le respect, la communication non-violente et la répartition des rôles plus équitables dans la famille sont un travail important sur les causes profondes et les effets néfastes des violences sexuelles et domestiques.</p>
ONG	<p>L'intégration de l'APC ne fait pas perdre la mission de départ de l'ONG mais renforce son identité organisationnelle et sa position au niveau de la communauté. L'introduction de l'APC a permis aux ONG d'élargir leur vision et de bien saisir la nature systémique des causes des VSBG, leurs effets et surtout, une bonne compréhension des réponses qu'il convient d'y apporter. Bien que se référant au modèle du programme empruntant des modalités ou des étapes relativement similaires, les expériences des organisations font ressortir différentes formes d'appropriation de l'APC en fonction de sa philosophie, de sa mission, du contexte et de son terrain d'action.</p> <p>La protection contre l'épuisement professionnel est un facteur important de qualité mais elle n'est pas suffisamment établie dans la PEC communautaire comme les interventions au niveau communautaire n'ont pas souvent des liens formalisés avec les structures de soin de santé mentale. Très peu d'offre de soutien et de débriefing sont disponibles. Il faudrait pour cela assurer un système de suivi régulier et permanent à travers des supervisions professionnelles pour les assistants psychosociaux communautaires et intégrer l'APC dans les systèmes d'API. La présence d'une organisation accompagnatrice est la base de succès.</p>

Les défis dans la lutte contre les VSBG dans les trois pays

Bien que les résultats des organisations soient encourageants, il sied d'expliquer les défis qui persistent et entravent la lutte contre les VSBG dans la région des Grands Lacs africains. En se référant aux analyses des contextes décrits plus haut pour le Rwanda, le Burundi et la RDC, il s'agit dans ce chapitre d'une réflexion sur les défis centraux dans chaque pays et sur les pistes d'orientation proposées par l'approche psychosociale communautaire.

Rwanda : la question de l'autorité entre l'espace privé et la démarche politique de la lutte contre les VSBG

Compte tenu du fait que la mémoire collective de la société rwandaise porte en soi une histoire de multiples blessures qui influencent les relations sociales, y compris les relations de genre, il existe aussi des traumatismes transgénérationnels. La haute prévalence des violences domestiques est non seulement une question de pouvoir dans les relations de genre, mais aussi un problème lié aux traumatismes du génocide. Les points suivants constituent une réflexion sur la question de savoir comment parler des blessures de la vie dans un système comme celui du Rwanda. Même si l'Etat protège les victimes, elles ont de la peine à exprimer leurs besoins et leurs blessures vis-à-vis des structures étatiques qui sont perçues comme autorité à laquelle elles se soumettent pour rester protégées.

La haute prévalence des violences domestiques. Il subsiste des rechutes dans le travail psychosocial, couplées à de multiples facteurs qui constituent encore un vaste champ d'intervention à poursuivre dans le domaine de la lutte contre les VSBG. Liée aux multiples traumatismes, la violence domestique résulte notamment de l'abus d'alcool et de drogues, favorisant des compor-

tements violents au sein des foyers, jusqu'aux violences physiques graves et répétitives avec des conséquences sur la santé et la situation socio-économique qui en résulte. Travailler main dans la main avec les femmes au lieu de les dominer reste un défi à poursuivre dans la réalité du couple et dans le rôle parental. Le modèle 3 de la réunion des familles lié au travail sur la parentalité positive montre des résultats satisfaisants. Mais il faudrait penser aussi à travailler sur la problématique de l'abus d'alcool à travers les programmes étatiques incluant la régulation du marché, comme la hausse des prix, la prévention de la consommation de l'alcool par la jeunesse et les espaces publics de sport. L'Islande donne un exemple inspirant. En quelques années, ce pays a quasiment éradiqué l'abus d'alcool, de tabac et de drogue chez ses adolescents (Agences France Presse, 2017).

La compréhension de l'espace « privé » des violences domestiques. Malgré des politiques bien avancées au Rwanda qui répriment clairement les auteurs et protègent les victimes du côté médico-psycho-légal, il persiste cette notion du secret familial au niveau privé dans une tradition patriarcale qui cache et protège aussi les hommes violents. Les violences domestiques restent souvent considérées comme « une affaire familiale » et au niveau émotionnel, les mécanismes de résistance contre l'accusation subsistent pour les victimes aussi bien que pour les auteurs des VSBG. Il est toujours difficile pour les victimes de « dévoiler » le secret familial, même si elles vivent des menaces quotidiennes et en souffrent. Ce n'est que par un accompagnement psychosocial très rapproché que certaines survivantes parviennent à en parler et souvent avec risques d'être culpabilisées. En outre, l'intervention psychosociale, à première vue, n'intéresse pas toujours les hommes qui la vivent comme une attaque et, même en acceptant de rejoindre les groupes de partage, sont sur la défensive.

Le thérapeute à l'égard du « pouvoir de définition » des violences sexuelles. Le mouvement féministe a critiqué une définition objective de la violence sexuelle et a fait comprendre que l'expérience subjective de la victime doit être mise au centre du jugement de la violence sexuelle.

Particulièrement au Rwanda, la définition de la souffrance est influencée par l'autorité religieuse, culturelle, politique, etc. et génère une hiérarchisation "objective" des souffrances avec le risque de faire naître un sentiment d'injustice. Il n'est donc pas facile pour le thérapeute d'assurer une attitude ouverte et empathique à l'égard de la définition subjective de ce qu'est la violence sexuelle dans la société rwandaise.

Les conflits culturels de genre et la persistance des pratiques patriarcales. Alors que l'Etat rwandais a pris une forte position de favoriser l'égalité de genre, la tradition et les actes dans la famille et dans les localités sont dominés par la persistance des pratiques patriarcales. Souvent les leaders des collines sont encore en majorité masculins, et on observe une résistance aux changements culturels de genre pour conserver les traditions d'inégalité. Les conflits de genre se manifestent au niveau des familles et des collines plus qu'au niveau de la politique du pays. Tant qu'il manque un cadre de protection à ce niveau familial et communautaire, les risques de VSBG ne sont pas près de disparaître.

Conclusion :

Le modèle « la réunion des familles » est un travail relationnel de réflexion entre les genres, en couple et comme parents. Il répond aux besoins de restaurer la confiance dans les familles et dans la communauté. Avec l'APC, les VSBG ne restent pas une affaire privée ni individuelle. Par contre les communautés établissent leurs propres mécanismes de protection, de solidarité et de confiance. Le processus de guérison se fait au niveau de la communauté en intégrant l'individu avec sa souffrance personnelle, tout en offrant un espace pour les traumatismes liés au génocide. L'APC est un travail très contextualisé entre voisins. Il fait le lien entre les différentes sortes de souffrances et prend en considération les violences domestiques comme aussi d'autres clivages existants dans la société rwandaise. C'est le groupe communautaire qui est le « thérapeute » et qui établit un espace d'expression. Il devient acteur d'expression et gagne une autorité sur la définition de la souffrance qui prend en compte l'aspect subjectif de l'individu qui porte la blessure lui-même.



Sud-Kivu : l'insécurité persiste et le contexte humanitaire reste non favorable à l'égard de la lutte contre les VSBG

Comment soutenir la guérison au Sud-Kivu si l'insécurité persiste avec des répétitions de violences et si le contexte humanitaire ne favorise pas de réponse pertinente vis à vis des VSBG ? Cette question reste un des défis majeurs pour cette région. La compréhension de son second volet se décline en prenant en considération l'aspect du leadership des interventions humanitaires ; celui de leur approche qui ne privilégie pas le long terme ; celui des ONG qui pratiquent encore une PEC individualisée et enfin, celui de manque du personnel qualifié.

Le manque de clarté de leadership dans le contexte humanitaire. Malgré les efforts de coordination des activités humanitaires menés par les agences des Nations Unies, on observe un manque d'efficacité et de synergie des actions de lutte contre les VSBG parmi les intervenants humanitaires internationaux, nationaux et locaux. Ce manque d'efficacité s'observe aussi dans la définition des stratégies d'avenir en matière de protection et de prise en charge. Souvent les intervenants humanitaires travaillent chacun de son côté avec des zones précises, des approches individualisées et des cibles différentes. La synergie d'une dizaine d'organisations non gouvernementales travaillant au Sud-Kivu dans la prise en charge psychosociale communautaire est une bonne pratique qui devrait inciter à l'émulation pour relever ce défi de manque de clarté de leadership.

La réponse d'urgence au lieu de réponses structurelles à long terme. L'approche de prise en charge holistique est généralement appliquée dans les conditions humanitaires. Toutefois, le maximum que les programmes humanitaires peuvent établir est une certaine fonctionnalité des services de prise en charge d'urgence qui reste focalisée sur l'individu et sur le viol. Il ne s'agit pas de processus de guérison ni de transformation de conflit. Comme tels, les mécanismes humanitaires sont contradictoires avec l'APC qui nécessite des interventions à long terme. Il faudrait des stratégies de transition de l'aide humanitaire à l'aide au développement.

Du point de vue de la continuité, celles-ci sont actuellement insuffisantes dans ce contexte. La mise en relation des mesures et des acteurs de l'humanitaire avec les interventions à long terme est urgente du point de vue de la viabilité, sans quoi les processus dans la lutte contre les VSBG ne pourront être accompagnés de façon durable.

Les standards de prise en charge humanitaire sont individualisés. Ils sont orientés vers l'aide directe à la personne violée. Cette verticalisation de l'aide sur la bénéficiaire et sur le viol ne répond pas à la complexité du problème. L'intégration de la santé mentale dans les hôpitaux et jusqu'au niveau des centres de santé reste faible aussi bien quantitativement que qualitativement. L'attitude des professionnels dans le système de santé n'a pas encore atteint le niveau de compréhension des enjeux tels que compris par la communauté. Les professionnels adoptent encore parfois une attitude non favorable à l'approche psychosociale, comme le fait de déconsidérer le savoir de l'individu et de la communauté sur les causes et les conséquences des VSBG. Ceci complique donc l'acceptation de la communauté comme actrice par les professionnels.

Le manque de personnel qualifié dans le contexte humanitaire. La réalité humanitaire favorise la pénurie du personnel ainsi qu'une grande mobilité du personnel formé à tous les niveaux des acteurs. La nature courte des financements d'urgence dans l'aide humanitaire décourage également la rétention des employés qualifiés. Les professionnels de santé mentale bien formés sont encore plutôt rares, et ce n'est que récemment que deux instituts supérieurs ont commencé à former des psychologues cliniciens au Sud-Kivu. La qualité clinique pose encore des problèmes faute d'enseignants locaux qualifiés et disponibles. Eu égard à l'ampleur du problème, les APS formés pour agir au niveau communautaire ne sont pas assez nombreux pour répondre aux besoins individuels de soutien émotionnel des survivants.

La dépendance financière des ONG vis-à-vis des organismes donateurs. La planification financière à long terme d'une ONG du Sud-Kivu reste un grand défi d'autant plus que les réponses d'urgence sont financées à très court terme et dépendent des aléas. Les règlements de financement par les bailleurs de fonds sont sur base temporaire des projets et impliquent le devoir de contribuer avec des fonds propres.

Dans ce contexte de structures d'offre de service faibles, on constate d'un côté le risque d'orienter les interventions de PEC trop vers le groupe cible direct des survivants et de l'autre, la tendance plutôt discutable d'investir dans le renforcement des capacités et dans les structures étatiques. Le mandat humanitaire c'est de « sauver les vies » et

de ne pas renforcer les structures. Les intervenants sont pris par leur propre apprentissage, pendant que les populations restent mal servies et que certains besoins restent non-couverts. Bien que l'APC semble être une réponse adéquate, il existe un risque de déléguer totalement la responsabilité de PEC à la communauté. Pourtant, les communautés ne peuvent pas répondre à tous les besoins. Certains cas ont besoin d'une PEC individuelle plus professionnelle et profonde.

Conclusion :

D'une part les mécanismes humanitaires sont contradictoires avec l'APC et d'autre part, cette approche répond aux défis ci-haut mentionnés. L'APC remplit surtout le vide des structures étatiques. Vis-à-vis du manque de leadership, c'est la communauté qui prend la responsabilité en visant l'autoprotection et l'empowerment, réalisés et expliqués dans le modèle 2 : les maisons communautaires. L'empowerment communautaire donne une réponse à long terme qui s'intègre dans les structures de base, étatiques et non-étatiques, et une réponse pour le groupe cible direct. Au regard de l'aspect de la qualité et des attitudes des professionnels, c'est le partage entre la communauté et les professionnels qui se trouve à la base du travail psychosocial et empêche la verticalisation sur l'individu violé et sa stigmatisation.

Au regard des besoins de quantité et du nombre de personnes prises en charge, un lien fonctionnel des références et contre-références entre les communautés et les structures de prise en charge est considéré comme la bonne réponse. En plus, l'auto prise en charge générée par l'APC soutient l'indépendance de la communauté par rapport au système humanitaire.

L'activation et la capacitation communautaire sont à encourager, mais on observe encore le problème de pérennisation. Il n'y a pas d'ancrage institutionnel de l'APC et il subsiste la question de l'assurance de la qualité. Au niveau des problèmes psychosociaux, il reste un besoin de prise en charge important. Comment dans le futur, les efforts de la communauté et les services publics peuvent-ils améliorer leur collaboration ? Le modèle 1 : le centre spécialisé donne une réponse sur la manière d'établir le lien entre l'institutionnel et le communautaire. Mais il reste de la responsabilité de l'Etat de coordonner les efforts divers et de reconnaître l'APC comme un élément de base à intégrer dans une PEC holistique des cas des VSBG.



Burundi : la persistance des VSBG due aux destructions sociales et à l'ambiguïté de la mission politique

Au regard de la situation au Burundi, on observe des destructions sociales profondes qui empêchent une protection des droits humains de base. Dans une situation pareille, la précarité des mineurs reste un grand problème à aborder, d'abord et avant tout pour la jeune fille qui porte le plus de risques de subir une ou des VSBG. Les services étatiques quoique existants et fonctionnels en certains endroits ne sont pas efficaces dans la lutte contre les VSBG. Ils ne couvrent pas tous les besoins des victimes qui se présentent. En plus, les défaillances actuelles liées aux multiples problèmes de sécurité contribuent à la fragilisation du tissu social et à la destruction des valeurs. La mission politique est ambiguë puisqu'elle n'est pas suffisamment protectrice, et qu'en même temps, elle produit des violences. Le climat de peur et de violence dans les foyers n'est pas favorable au développement des enfants. Il crée une génération d'enfants de guerre avec les conséquences négatives de santé mentale à long terme.

Les valeurs sociales : entre conservatisme et destruction. D'une part les valeurs sociales sont puissantes, parce qu'elles peuvent par exemple pousser à revivre ensemble comme couple à tout prix à cause des croyances religieuses au lieu de comprendre que certains couples ne sont plus en mesure de cohabiter. Cette attitude conservatrice de non-changement qui est motivée par l'intérêt de ne pas perdre le pouvoir qu'on détient, empêche des changements culturels de genre. D'autre part, on observe une perte de valeurs, par exemple dans l'absence de contrôle en cas de conflit ou dans la réponse violente du principe "le plus fort l'emporte", aussi bien entre proches qu'entre groupes politiques ou ethniques.

L'alcool et l'addiction sont également des causes importantes de cette destruction, qui est une réaction de protection ou de compensation dans le climat de peur, mais en même temps un effet nuisible d'après-guerre qu'il est nécessaire de combattre.

Le problème des VSBG envers les mineurs et les enfants issus du viol. La persistance des VSBG dans différents milieux, même scolaires, est choquante. La vulnérabilité des filles, des garçons et surtout des filles mères et les défis des enfants issus du viol restent une grande tâche dans la lutte contre les VSBG. Les filles-mères ne réintègrent pas toutes l'école parce que les familles n'acceptent pas de garder leurs enfants. En plus, il y a le nonaccès aux soins de santé des enfants issus du viol après la réintégration de leurs mamans dans leurs familles suite notamment à la pauvreté accentuée dans les ménages. L'expertise de prise en charge psychosociale de ces enfants est très limitée au Burundi. Cela demande la qualification dans l'approche systémique ainsi que des expériences spécifiques dans le travail sur les relations adulte-enfants, mais aussi dans le domaine du droit.

L'anonymat dans le milieu urbain limite l'entraide mutuelle. Lors des phases d'escalade du conflit, on observe plus de cas de VSBG. Les survivantes sont difficiles à atteindre en milieu urbain en raison du fait qu'il y a la peur des répressions suite aux déclarations ouvertes, mais aussi à cause de l'anonymat habituel des citoyens et des cas de VSBG qui ne sont pas visibles. Ceci limite l'entraide mutuelle dans les différentes tranches de la société.

Manque d'efficacité dans la lutte contre les VSBG si les répressions sont perpétuelles. Certaines habitudes qui favorisent les VSBG sont toujours d'actualité. Certaines formes de répressions et de violences collectives qui ciblent certains groupes politiques s'abattent sur les communautés à travers des persécutions et aggravent le climat de peur. Etant donné les destructions profondes du tissu social avec la haute prévalence des VSBG, de même que l'ambiguïté de la mission politique qui demeure faible, les organisations de prise en charge ne sont pas assez efficaces faute aussi des moyens humains et financiers. Leurs interventions restent une goutte d'eau dans l'océan.

Conclusion :

L'APC est une réponse aux défis des destructions sociales du Burundi. Elle implique une discussion sur les valeurs entre les acteurs de la communauté, les prestataires de services qui sont fonctionnels, ainsi que la communauté qui est le garant du succès dans la lutte contre les VSBG. C'est une discussion entre interfaces de la société sur les questions de la cohabitation paisible, de la vie en sécurité et en justice. Le but de créer un climat de paix où les besoins primordiaux des enfants soient reconnus et leur protection assurée, ne sera pas atteint sans travailler sur la compréhension profonde du phénomène complexe de VSBG et la conscientisation sur leurs conséquences sur le tissu social. L'APC permet de prioriser selon les contextes concrets où et avec qui ces réflexions seront effectives; si ce sont les institutions scolaires, les familles, les structures étatiques ou non-étatiques ou d'autres. L'empowerment des communautés au sein de la société est une réponse effective contre le disempowerment et la destruction du tissu social.

Cette compréhension profonde du phénomène complexe de VSBG au niveau des communautés doit être à la base des stratégies afin de savoir comment sortir de ce climat de peur et de servir à la protection des prochaines générations.



Discussion sur le rôle des communautés, la modélisation dans le contexte, les activités socio-économiques et la pérennisation

Le rôle des communautés entre opportunités et risques

Le rôle des communautés est de devenir un acteur dans la lutte contre les VSBG. Se basant sur un concept externe, la communauté réalise un processus de priorisation de la problématique, de compréhension du ressenti et de recherche des solutions. Néanmoins, l'auto-prise en charge des communautés porte en soi des risques de perpétuer et de répéter les mécanismes qu'on veut changer.

Un modèle externe de mise en œuvre ou processus interne ? Même si les outils de l'APC sont un modèle venu de l'extérieur de la communauté, cet aspect externe avec des outils élaborés est important comme garant de la qualité pour ne pas laisser la communauté libre de tous les choix. Comme tel, l'APC n'est pas purement communautaire ; elle intègre aussi la notion des droits humains et de protection, notions qui souvent proviennent de l'extérieur. Cet élément extérieur est très nécessaire pour réduire les risques de l'auto-prise en charge, comme l'abus de pouvoir ou la réactualisation du traumatisme, du stigma et du disempowerment. Il est important de rappeler que déjà dans les réalités des contextes ruraux, les leaders coutumiers, souvent patriarques de chaque jour, inspirent la communauté, ce qui accroît le risque d'avoir un "guru". C'est pour cela qu'il est recommandé de fortement réduire le pouvoir des individus. Le cadre de protection formulé dans le travail de groupe est une sorte de maître, une sorte de contrat ou pacte qui est élaboré d'un commun accord favorable à la protection, et qui demande un consensus et une entente dans la lutte contre les VSBG.

La communauté devient actrice. L'esprit d'apprentissage au niveau "attitude" est la base de toute mise en œuvre de l'APC. La conviction que les ressources se trouvent dans les communautés elles-mêmes renforce ceux qui sont concernés comme acteurs et non comme bénéficiaires. Chaque communauté trace un chemin qui est propre à elle-même et l'acteur de l'extérieur devient lui aussi apprenant.

Le groupe priorise les VSBG comme un problème collectif. Le communautaire complète l'approche classique qui vise la focalisation sur l'individu survivant. Étant donné que le viol n'affecte pas seulement l'individu agressé, mais aussi son entourage, c'est la communauté qui en fait la priorisation dans son choix des problèmes à traiter au niveau collectif.

Ses membres comprennent le vécu émotionnel avec une perspective différente.

La compréhension et l'écoute sont au centre du processus communautaire, avec un angle de vue interne, par ses propres membres ; ce qui ne peut pas venir de l'extérieur. Ce partage d'expériences permet des espaces de réflexion sur le ressenti propre des individus. Habituellement, la communauté a des difficultés à gérer immédiatement un événement traumatique au niveau collectif. Souvent c'est hors du gérable à première vue, et il y a une réaction primaire de rejet et de stigmatisation envers les victimes. L'APC transforme positivement ces réactions, parce que la communauté commence à comprendre la problématique à son niveau et comment ces violences constituent ses propres blessures. C'est là que la communauté peut trouver des pistes sur la manière de gérer les souffrances de VSBG d'une manière collective.

Une perspective intégrant les survivants, les auteurs, bien que toutes autres personnes affectées.

Les violences de guerre se reproduisent souvent dans les phases de conflit et post-conflit, au sein des familles et des communautés dont les auteurs de ces violences font souvent partie intégrante. Le rôle des communautés est de trouver des solutions de prise en charge beaucoup plus collectives non seulement pour la survivante, mais aussi et surtout pour les autres personnes affectées et aussi pour l'auteur. Il faut souligner que la communauté développe une responsabilité à chaque niveau et pour tous, afin d'intégrer aussi le travail avec les auteurs des violences.

Les groupes cherchent eux-mêmes leurs solutions et la justice.

Les communautés jouent un rôle dans les processus de guérison et de justice. Ce n'est pas seulement la violence en elle-même qui est un facteur destructeur mais aussi et surtout la réaction des autres après cette expérience. Il s'agit des questions sur ce qui s'est passé, et de la recherche sur la vérité. Une réaction de non-culpabilisation, de consolation et de justice permet un processus de guérison et de confiance en soi et en l'autre pour les survivantes. Ce processus de résolution de conflit, de recherche des outils propres et d'autoprotection au sein des communautés est important, d'autant plus que les solutions pour la guérison ne peuvent pas venir de l'extérieur.

Mais il existe un risque de réactualisation du trauma au niveau individuel et collectif

et d'une répétition des comportements dysfonctionnels après une nouvelle situation de violence. Ceci pourrait renforcer les mécanismes de stigmatisation, de menaces et de rejet. C'est pour cela que l'APC et le travail de groupe communautaire doivent toujours être accompagnés

d'une prise en charge individuelle et d'un système professionnel de référence.

Les communautés acquièrent et jouent un rôle dans la protection des droits humains.

D'une perspective d'approche fondée sur les droits humains, les communautés portent le rôle de détentrices de droit et elles deviennent responsables dans la protection des droits humains même vis-à-vis des structures étatiques. Celles-ci portent elles aussi la responsabilité (« duty bearers ») de collaborer avec les communautés et d'assurer la pérennisation des processus de protection des droits humains.



Comprendre la modélisation dans le contexte

Intégrer l'APC dans des programmes, des projets ou des services de prise en charge demande toujours une modélisation dans le contexte. Les modèles qui ont été développés dans le programme de la DDC sont toutefois caractérisés par une grande diversité selon leur thématique particulière et leurs spécificités de contexte.

Un « pacte de collaboration » entre l'ONG et les communautés est proposé ici pour élaborer une nouvelle modélisation dans le contexte. Un accord de coopération qui définit le cadre de référence dans le processus d'intégration des communautés et qui sert comme orientation de base pour tous les acteurs. Le cadre de référence expliqué dans cette capitalisation peut servir comme base théorique de ce « pacte de collaboration ». En plus, la conclusion de ce document sur les standards minimaux propose quelques éléments préalables qui doivent être considérés dans ce processus de modélisation. Il faut d'abord se demander si l'APC est convenable dans le programme de lutte contre les VSBG que l'on veut adapter, et si les ONG de mise en œuvre sont prêtes pour cette approche communautaire.

Les trois modèles qui sont proposés dans cette capitalisation présentent aussi une synthèse des types de ces ONG. Ils aident à comprendre les pratiques différentes de mise en œuvre et comment les appliquer dans d'autres contextes. Ceci demande toujours une contextualisation. D'ailleurs, il existe beaucoup de possibilités de modélisation en plus des trois modèles proposés.

Cette synthèse des modèles s'est effectuée sur base d'une typologie des projets développés par des ONG. Elle a pris en considération la perspective de l'ONG, la raison de son intervention et le contexte. Ainsi, la typologie proposée dans cette capitalisation se caractérise par le niveau d'intervention (le modèle 1) avec le relais entre prise en charge institutionnelle et communauté. La raison de l'intervention était le constat des limites des centres vis à vis d'un terrain vaste, inaccessible et stigmatisant pour leurs groupes cibles. Dans le modèle 2, c'est un niveau purement communautaire avec une réponse d'autoprotection dans un contexte de structures de prise en charge faibles. La perspective est celle des femmes en mouvement pour et avec les femmes. Ensuite, le niveau famille se manifeste dans le modèle 3. Ce modèle se caractérise par un besoin constaté aussi bien par les ONG que par les communautés d'élaborer des approches-familles pour leur stabilisation, leur protection et leur processus de changement avec une attitude parentale positive.

De plus, la modélisation de cette capitalisation a pris en considération la stabilité du contexte en lien avec la phase conflit, transition ou post-conflit et les services de prise en charge plus ou moins fonctionnels. Dès lors, il se pose la question de savoir si les modèles sont applicables dans les autres pays des Grands Lacs ou dans d'autres contextes et comment est-ce que la phase de conflit doit être considérée.

Appliquer le modèle 3 dans un contexte d'instabilité ?

On s'est posé la question de savoir si le modèle 3, l'union familiale, peut être applicable dans le contexte du Sud-Kivu qui est encore dans une phase d'instabilité politique. La réponse peut être qu'il est trop tôt pour travailler au niveau des familles dans des zones où il y a encore des déplacements et une situation d'urgence. Mais l'insécurité émotionnelle et la précarité de vie des parents sont des facteurs nuisibles pour le développement des enfants, dont beaucoup sont abandonnés et malnutris. Dans les standards humanitaires du domaine de la protection, ce terme de "parentalité" n'existe pas. La protection de l'enfance est individualisée, par exemple en payant les frais scolaires de l'enfant.

Néanmoins, l'expérience rwandaise et burundaise avec le modèle 3 montre l'importance du travail sur la parentalité, même si le contexte est encore humanitaire. L'aspect de parentalité devrait donc être développé même si la situation n'est pas stable, étant donné qu'il n'est jamais trop tôt pour protéger les enfants.

Appliquer le modèle 2 dans un contexte de stabilité ?

Les maisons communautaires sont intéressantes aussi dans un contexte plus stable. Ces maisons se présentent comme un refuge et donnent un espace ouvert de partage sur la réalité qui demeure conflictuelle même si les structures de prise en charge existent. En plus de l'espace d'échange et de partage, le processus communautaire soutient la réintégration et le réseautage des membres de la communauté. Notons que dans un contexte où il y a des services plus accessibles, stables et de qualité, l'habitude de se référer à une structure communautaire est moins nécessaire. Donc, l'APC comme elle est expliquée ici rencontre ces limites dans un contexte de stabilité.

Appliquer le modèle 1 dans un contexte de stabilité ?

Les avantages des centres spécialisés avec un bon ancrage dans la localité communautaire sont évidents et comptent aussi dans un contexte de stabilité. Il y a l'amélioration des références et contre-références, le transfert de savoir entre les professionnels du centre et la communauté et un soutien par les semi-professionnels dans les communautés. Mais comme ce document de capitalisation l'a souligné, le travail communautaire demande aussi un bon suivi avec des compétences spécifiques dans le travail avec les groupes communautaires. De plus, les ressources doivent être disponibles.

Le rôle des activités socioéconomiques dans l'approche communautaire

La réinsertion socio-économique est une condition qui peut amplifier l'APC.

Les activités socio-économiques sont importantes et amplifient l'autonomisation des femmes dans le milieu, tout en renforçant la cohésion du groupe. En accompagnant l'activation des ressources économiques, on aide à assurer les besoins d'intégration et de participation sociale, les besoins de première nécessité, ainsi que l'amélioration de la santé mentale, surtout dans le cadre des activités collectives. De petits montants budgétaires peuvent avoir de premiers effets importants. En plus, la dimension économique joue un rôle primordial dans l'empowerment. Les AGR peuvent être une porte d'entrée pour retrouver l'estime de soi, notamment pour les personnes très vulnérables. Mettre l'accent sur la perspective socio-économique peut créer un bon dynamisme de production et d'espoir pour l'avenir.

Les AGR font partie des stratégies de protection et de prévention de GBV mais courent différents risques.

Est-ce que les AGR mettent l'accent sur la réintégration sociale et la guérison ? Est-ce que les AGR visent un but économique, avec des groupes d'épargne, les AVEC, etc. ? Est-ce que les AGR sont caractérisées par des formations et perspectives économiques à long terme ? Si les buts des AGR ne sont pas bien définis, l'inefficacité, la surcharge des participants mais aussi des conflits peuvent en résulter. Ils doivent être adaptés aux besoins et aux capacités des groupes cibles. Néanmoins, il importe de noter que certaines activités nécessitent de la part des participants non seulement une stabilité des revenus (capacité de payer les frais de manière régulière), mais aussi une stabilité émotionnelle et mentale (une forte pression est parfois mise sur le remboursement). Pour être efficace dans la réinsertion socio-économique, il faut clarifier de quel type d'activité économique il s'agit, afin d'adapter la qualité du suivi spécialisé. Le travail avec des caisses communes, des épargnes et toute sorte de vie productive est souvent conflictuel et demande un suivi transparent, proche et régulier.



L'APC et les aspects de pérennisation

L'APC a été conceptualisée comme une approche qui vise à mettre la communauté au centre de l'attention et à lui transmettre les compétences pour s'auto-prendre en charge par rapport aux blessures diverses provenant des situations de conflit et de post-conflit qui ont laissé des traces profondes dans les populations. Pour permettre une continuité et pérennisation de l'APC dans le cadre élaboré par le programme psychosocial de la région des Grands Lacs, des réflexions importantes sur l'autonomisation et la durabilité des actions ont été développées. Les questions importantes étaient les suivantes : comment consolider les acquis de la prise en charge intégrée et de l'APC ? Comment assurer la durabilité de cette approche via les partenaires de mise en œuvre ? Comment promouvoir un accroissement des résultats et des leçons apprises ? En effet, la continuité de l'offre des services, la protection et la prévention des VSBG dans les communautés effectives sont la finalité de ces questions. Une telle démarche comprend aussi des mesures pour renforcer les mécanismes de coordination, avec un accent sur le plaidoyer pour une amélioration du cadre législatif, normatif et judiciaire.

Une stratégie de pérennisation devrait assurer les résultats suivants :

1. la vulgarisation et l'ancrage de l'approche psychosociale communautaire (APC), sa reconnaissance au niveau étatique, son intégration dans la prise en charge holistique et l'assurance qualité par des standards minimaux partagés entre les acteurs ;
2. l'ancrage et la multiplication de l'APC dans les communautés pour permettre une auto-prise en charge continue et renforcée ;
3. la sécurisation des ressources humaines pour garantir des mécanismes de suivi, de multiplication de capacités et d'assurance qualité indépendamment des ONG de mise en œuvre dans chaque pays.

Une telle pérennisation devrait se baser sur les trois piliers suivants :

Premier pilier : la communauté

A ce jour, les actions ont débuté dans les communautés mais se déroulent encore grâce aux actions des ONG via les agents contractés. L'action de pérennisation se concentrera sur un effort de transfert des connaissances et de soutien pour appuyer la communauté dans les actions se déroulant en son sein. L'accent devrait être mis sur les ressources humaines au sein des communautés et la structuration des groupes, notamment par

des formations, un suivi, un encadrement mais aussi un soutien aux AGR. Ce sont les ONG qui, dans la majorité des cas, vont soutenir ces éléments mentionnés. Ce soutien sera porté aussi par le pool d'experts et superviseurs dans chaque pays. Le rôle des Etats dans l'appui au suivi et supervision reste à définir dépendamment de l'existence ou pas des structures ayant ce rôle dans leur description des tâches. Un défi important reste la pauvreté extrême dans laquelle se trouvent certaines communautés surtout dans les zones instables où s'observent des mouvements de populations fuyant les crises et conflits divers.

Deuxième pilier : les ONG

L'application de l'APC au niveau communautaire, le transfert de compétences au sein des communautés ainsi que l'intégration des mécanismes de prise en charge communautaire dans le système de prise en charge étatique s'appuie sur l'accompagnement continu offert par les ONG partenaires de mise en œuvre. Malgré des objectifs de pérennisation visant à autonomiser les communautés dans leur auto-prise en charge à long terme et une stratégie de responsabilisation et intégration au niveau étatique par rapport à l'application plus répandue de l'APC, un appui continu du côté des ONG en termes d'expertise et d'assurance qualité sera nécessaire même au-delà de la durée d'un programme comme celui de la Suisse dans les Grands Lacs. Les ONG joueront un rôle dans le plaidoyer pour l'amélioration des services et des conditions cadres. Elles seront également indispensables pour offrir un soutien aux professionnels par pays ayant acquis des compétences en APC (pool de formateurs et superviseurs). Les ONG devront donc être renforcées dans leur développement organisationnel et en mobilisation de ressources pour pouvoir garantir leur fonctionnement à long terme. Elles devront également être appuyées dans leur réseautage pour pouvoir vendre leur expertise indispensable au niveau national, régional ou international.

Troisième pilier : les services étatiques

Au niveau des états, les besoins sont principalement d'ordre politique avec des directives et stratégies à harmoniser et appliquer pour lutter contre les violences sexuelles. En second lieu vient le niveau communautaire avec les structures fonctionnelles d'offres de services de prise en charge pour les survivants des VSBG. Ces structures peuvent être des centres mis en œuvre par l'Etat via les services genre, les one stop center, les formations sanitaires ; les services décentralisés des ministères de la justice, etc.

Les états n'étant pas au même niveau et les besoins étant différenciés au vu des contextes, les actions de pérennisation devront prendre en compte le contexte de chaque pays. Néanmoins, de manière générale, les actions se concentreront sur l'intégration de l'APC dans les politiques et mécanismes de lutte contre les VSBG. En plus, dans la promotion de la santé mentale, la formalisation des collaborations entre les acteurs de prise en charge psychosociale étatiques et communautaires par des protocoles est indispensable, de même que l'introduction des standards minimaux pour la PEC psychosociale. Le plaidoyer pour la mise en application des lois favorisant la protection et l'accès à la justice des victimes de violences sexuelles et la répression des auteurs sont importants aussi.

Avec de telles démarches de pérennisation, il est à espérer que l'approche psychosociale communautaire pourra être appliquée avec une couverture large dans les zones d'intervention, mais aussi sera validée et intégrée dans les politiques nationales de santé mentale ou celles s'occupant de la lutte contre les VBG ou des communautés. L'intégration de l'APC dans le système de PEC holistique et de qualité offert par les structures étatiques rendrait ses services gratuits ou peu payants, pérennes et accessibles à toutes les couches de la population. Ceci renforcerait également le rôle des communautés comme acteurs reconnus par rapport à leur auto-prise en charge, mais aussi en relation avec leur implication directe dans les systèmes de référencement et contre-référencement.

Conclusion : réflexion pour une définition des standards minimaux pour la mise en œuvre de l'APC

Avec cette capitalisation du Programme Psychosocial Communautaire de la DDC dans la région des Grands Lacs africains, les ONG de mise en œuvre de l'APC et la DDC veulent participer à un débat sur la mise en place des standards dans le domaine de la lutte contre les VSBG. Quelques premières pistes de réflexion sont lancées : en premier lieu, il faudra définir des standards pour mieux intégrer l'APC dans le système de PEC psychosociale holistique et individuelle. Par la suite, il faudra clarifier la manière de formaliser la collaboration entre les intervenants différents de la base au sommet, c'est – à – dire, des communautés aux institutions étatiques, en passant par les ONG et les structures spécialisées de prise en charge. En d'autres mots, il s'agit d'intégrer les communautés comme actrices parmi les composantes structurelles officielles de lutte contre les VSBG. Ces étapes permettront d'arriver à la vulgarisation de cette approche au niveau régional, et à la multiplication de diverses pratiques dans le contexte des Grands Lacs ou au transfert dans d'autres contextes.

Une réflexion plus large par rapport à ces questions des standards reste nécessaire.

Afin de faciliter l'application de l'APC par d'autres acteurs et de s'assurer que des mesures appropriées sont prises, quelques conditions préalables de l'APC sont proposées dans le tableau 5 en annexe. Il montre quelques éléments préalables pour les organisations donatrices et les ONG qui veulent intégrer l'APC dans leur stratégie. En plus, six conditions de suivi sont énumérées pour assurer une qualité de base.

En guise de synthèse, signalons que la présentation de l'APC élaborée dans la région des Grands Lacs par le Programme Psychosocial Régional de la DDC constitue un gros progrès. Il s'agit d'une compréhension profonde des VSBG au niveau des individus et des communautés qui est documentée et partagée dans cette capitalisation. Espérons que ce document peut donner des réponses utiles dans la vulgarisation des approches psychosociales communautaires et motiver les ONG et les communautés à continuer les échanges sur les expériences et sur les standards minimaux dans la lutte contre les VSBG. Le programme a accompagné des actions de solidarité, de protection et de guérison à long terme. Ces actions demandent un effort continu afin d'éviter de perdre ce qu'on a déjà gagné. C'est seulement à travers le réseautage institutionnel et les synergies des acteurs que les communautés peuvent trouver des réponses immédiates et à long terme à la question de savoir comment réagir aux violences sexuelles massives dans une région de conflit à répétition.



Bibliographie et références

Matériel développé dans le cadre du PPR:

Gasibirege, S. (2011). Manuel de formation à la prise en charge psychosociale communautaire, atelier de sensibilisation communautaire aux violences sexuelles, pour le personnel de terrain, Kigali.

Gasibirege, S. (2013). Comprendre les violences sexuelles massives et répétitives. Publication de l'Institut Africain pour la Psychologie Intégrale. Kigali.

Ressources de la DDC:

DDC (2006). Genre, transformation des conflits et approche psychosociale, Manuel. Berne: DDC. Egalement disponible sur <http://opsiconsult.com/wp-content/uploads/23466495066040.pdf>

SDC Humanitarian Aid and SHA (2009). Sexual and Gender-based Violence in Crisis and Conflicts – The Responsibility to Speak out. Fact Sheet presenting experiences and lessons learnt from the Great Lakes work of SDC Humanitarian Aid. http://www.eda.admin.ch/content/dam/deza/en/documents/laender/gender-based-violence_EN.pdf

DDC (2013). Fact sheet Violence Against Women – The missing MDG? Working Paper. Bern : SDC/University of Bern. https://www.shareweb.ch/site/Gender/Documents/ViolenceAgainstWomen_Missing%10MDG.pdf

DDC (2015). L'enquête sur les Connaissances, Attitudes et Pratiques conduite par le Programme Psychosocial Régional. Recherche inédite.

DDC (2016). «La violence contre un individu est une violence contre la société, et contre la famille en général » Expérience acquise par la DDC en matière de lutte contre la violence sexuelle et basée sur le genre.

IASC (2007). IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings. Geneva: IASC. publication, en 2007, de fiches pratiques (cf. Bibliographie et références).

Inter-Agency Standing Committee (2015). Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action: Reducing risk, promoting resilience and aiding recovery. Geneva : IASC. http://gbvguidelines.org/wp-content/uploads/2015/09/2015-IASC-Gender-based-Violence-Guidelines_lo-res.pdf

Références (documents cités):

Africa Research Bulletin. (2007). "Epidemic of Rape", 44 (10), 7255-7258.

Auxéméry, Y. (2012). « L'état de stress post-traumatique comme conséquence de l'interaction entre une susceptibilité génétique individuelle, un événement traumatogène et un contexte social ». *L'Encéphale*, 38(5), 373-380.

Baines, E. K. (2003). "Body politics and the Rwandan crisis". *Third World Quarterly*, 24(3) 479-493.

Becker & Groninger (2012). Analyse Psychosociale des Conflits. Instrument d'évaluation et d'auto-évaluation qui combine et intègre des éléments de l'approche « Do No Harm » de Mary Anderson à l'approche psychosociale. Action de careme, DDC.

CARE & COCAFEM (2017). Analyse sur la participation politique de la femme ainsi que sa protection contre les VSBG dans les provinces ciblées du gewep au Burundi. <https://www.careevaluations.org/wp-content/uploads/ANALYSE-PARTICIPATION-DES-FEMMES-ET-VSBG.pdf>

Douma, N. W., & Hilhorst, D. (2012). Fond de commerce? Sexual violence assistance in the Democratic Republic of Congo (No. 02). *Disaster Studies*.

Furtos, J. (2008). Les cliniques de la précarité : contexte social, psychopathologie et dispositifs. Elsevier Health Sciences.

Giust-Desprairies, F. (2015). « Penser le groupe : enjeux historiques et théoriques d'un engagement social ». In *Crises et traumas à l'épreuve du temps* (pp. 147-176). Dunod.

Herman, J. (1992). *Trauma and Recovery. The aftermath of violence from domestic abuse to political terror*. Basic Books.

Institut de Statistiques et d'Études Économiques du Burundi (ISTEEBU) (2018). Burundi. Enquête démographique de santé 2016-2017. Rapport de synthèse. <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/SR247/SR247.pdf>

- Le Goff, J. F., & Garrigues, A. (1994). « L'enfant, parent de ses parents. I: Boszormenyi-Nagy et la Parentification ». *Dialogue*, (125), 49-58.
- Agence France Presse (2017), Lepoint.fr. « Alcool et drogue chez les jeunes, la formule magique de l'Islande ». https://www.lepoint.fr/monde/alcool-et-drogue-chez-les-jeunes-la-formule-magique-de-l-islande-31-03-2017-2116198_24.php
- Stuart, H. (2003). « Stigmatisation. Leçons tirées des programmes visant sa diminution ». *Santé mentale au Québec*, 28(1), 54-72.
- Shankanda, R. Saïasb, T. Friboulet, D. (2009). « Dossier. De la prévention à la promotion de la santé: intérêt de l'approche communautaire ». Elsevier Masson. *Pratiques psychologiques* 15 : 65-76
- Kilkenny, M., Nalbarde, L. and Besser, T. (1999) «Reciprocated Community Support and Small-Town, Small-Business Success,» *Entrepreneurship and Regional Development*, 11:231-246.
- Kwakya E., Ndiaye-Ndongo N D., Renders.X. (2015). "Approche théorique-clinique du traumatisme. À propos des viols au Sud-Kivu (République Démocratique du Congo, RDC) ». *Louvain médical*, 2015, 134 (1) : 39-42.
- Kwakya E. (2015). *Viol, vie de couple et culture. A propos de deux observations au Sud-Kivu (RDC). Mémoire présenté et soutenu pour l'obtention du diplôme d'études spécialisées de psychiatrie : UCAD.OMS (2001).*
- Mukwege, D.M., Mohammed-Ahmed, O. and Fitchett, J.R. (2010). "Rape as strategy of war in the Democratic Republic of the Congo". In: *International Health* 2: 163-164
- Munyandamutsa N. et Mahoro Nkubamugisha P., Gex-Fabry, M., & Eytan, A. (2012). "Mental and physical health in Rwanda 14 years after the genocide". *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, 1753-1761.
- ONUSIDA (2015). *Rapport d'activités sur la lutte contre le sida et rapport sur les progrès enregistrés vers un accès universel (Burundi)*. http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/BDI_narrative_report_2015.pdf
- Reid-Cunningham, A.R. (2009). "Violence against Women". *Sage journals. Parent—Child Relationship and Mother's Sexual Assault History*. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1077801209335492>
- United Nations Population Fund (UNFPA). (2013). *Annual report*. <https://www.unfpa.org/publications/unfpa-annual-report-2013>
- United Nations Development Fund for Women (UNIFEM). (2008). *Annual report*. http://www.peacewomen.org/assets/file/Resources/UNReports/unifem_annualreport_2008-2009.pdf
- WHO (2010). https://www.who.int/hac/network/interagency/news/mhps_h_francais.pdf

Annexes

Tableau 6 : Standards minimaux pour la mise en œuvre de l'APC

Conditions préalables pour une application adéquate dans le contexte	
Contexte	L'APC n'est pas applicable dans un contexte de guerre et d'urgence de vie. Les besoins de survie doivent être couverts ou en voie de l'être.
Les éléments préalables pour les organisations donatrices mettant en œuvre l'APC	
Compréhension	Avoir une compréhension profonde des principes de base de l'APC et des VSBG
Partenariat	Collaborer avec un ou des acteurs locaux
Mission	Etre ancré dans la lutte contre les VSBG avec une approche des droits humains
Les quatre éléments préalables pour les organisations de mise en œuvre de l'APC	
1. Position	L'ONG doit être ancrée dans la communauté. Autant elle est actrice de la société civile qu'elle représente, autant elle doit aussi être intermédiaire entre les structures étatiques et la communauté et avoir ainsi le pouvoir de négociation avec les structures étatiques.
2. Mission	La mission de l'ONG doit être ancrée dans la lutte contre les VSBG, précise et avec une approche basée sur les droits humains et une priorité orientée sur les besoins de son groupe cible et non des bailleurs de fond.
3. Durée	Il faut une organisation qui suit une orientation axée sur les changements à long terme et non une orientation de projet à court terme (stratégie, financements, etc.).
4. Personnel	Il faut des personnes bien formées dans la prise en charge psychosociale avec une expérience dans le domaine VSBG.
Les six éléments de suivi qui doivent être considérés dans tous les contextes	
1. Vue systémique	Compréhension profonde des causes et rapports de la violence dans la communauté ; des traumatismes et leurs blessures individuelles et collectives ; des modèles d'explication ; des stigmatisations et des besoins contextualisés ainsi que des principes de base de l'APC.
2. Empowerment multidimensionnel	La mission de lutte contre les VSBG appelle des mesures synergiques de prévention, de protection, de prise en charge et de soutien aux victimes directes et indirectes et un empowerment multidimensionnel au niveau personnel, juridique, social, politique, culturel et économique.
3. Ancrage institutionnel	Afin d'assurer la pérennisation, faire reconnaître les activités communautaires aux acteurs est incontournable. Il s'agit de valoriser les communautés et insérer leurs interventions dans les services étatiques et non-étatiques. Cet ancrage est nécessaire pour assurer les références et contre-référence et le transfert de savoir entre les structures. Ces structures varient d'un pays à l'autre et peuvent être de santé mentale, de promotion du bien-être de la famille et du genre, de la gouvernance locale, etc.
4. Formation/ compétences	Les professionnels qui accompagnent les communautés nécessitent d'être bien formés aux principes et valeurs de l'APC avec des capacités multidimensionnelles pour éviter les risques d'épuisement professionnel et de relations inégales et abusives. Une réflexion autocritique des soignants et professionnels sur leur rôle et leur attitude envers les survivantes et les communautés est nécessaire.
5. Échange et partage du savoir	Une réflexion autocritique des professionnels sur leur rôle et leur attitude envers les survivantes et les communautés doit être intégrée et institutionnalisée dans les échanges professionnels.
6. Protection	Il faut s'assurer que les professionnels et semi-professionnels communautaires sont protégés contre l'épuisement professionnel à travers des supervisions régulières et que des cadres de protection sont mises en place et protègent tant contre les abus que contre les effets pervers du manque de confidentialité des informations et du vécu partagé.

Contacts des organisations partenaires de mise en œuvre :

BURUNDI

NTURENGAHO

Bujumbura, Rohero II, avenue de l'Université, 1, Rue Kibazi. , BP 3042,
nturengaho2000@yahoo.fr

Tél : +257 22 27 71 16

Initiative Seruka pour les Victimes de Viol

Centre Seruka, Bujumbura, Kigobe Nord, 28, Rue Rukonwe
centreseruka@gmail.com

Tél : + 257 22 25 03 53

RDC/Sud Kivu :

RFDP : Réseaux des Femmes pour les Droits et la paix

Ville de Bukavu, Ibanda, Quartier Ndendere, 13, avenue Kibombo
rfdp1999@gmail.com

Tél. +243813181854

Centre Neuropsychiatrique SOSAME (Soins de Santé Mentale)

Ville de Bukavu, Zone de Santé de Kadutu, Quartier NKAFU.
sosamebukavu@gmail.com

Tél :+24399328457

RAPI : Réseau Associatif pour la Psychologie Intégrale

Ville de Bukavu, Commune d'Ibanda, 22/01, avenue Kindu
rapisudkivu@gmail.com

Tél: +243 990 661 861

SPC : Synergie Psychosociale Communautaire

C/O FORAL

Ville de Bukavu, commune d'Ibanda, 5,avenue Kasongo
B.P :257 Cyangugu /Rwanda
moderation@spc-rdc.net

Tel:+243 99 8648405

www.spc-rdc.net

RWANDA

IAPI / LIWOHA (Life Wounds Healing Association)

Kigali, Gasabo, Kimironko, KG 76 ST

B.P 6804 Kigali, Rwanda

info@liwoha.org

www.liwoha.org

Handicap International /Humanity & Inclusion

Kigali, Kicukiro, KK 10 Ave, Imela House – 2nd Floor

B.P.747 - Kigali- Rwanda

Tel. : +250 7 88 30 32 07

www.hi-rwanda.org

